THE LIBRARY
OF
THE UNIVERSITY
OF CALIFORNIA
LOS ANGELES

GIFT

Dr. M. N. Beigelman

CONSIDÉRATIONS N.° 5.

Sur l'Organisation de l'Œil, et sur l'Opération de la Cataracte appliquée au Traitement des Animaux domestiques;

Présentées et soutenues à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 janvier 1809,

PAR M. BEAUCHÊNE, fils,

Prosecteur de l'Ecole de Médecine de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1809.

PRÉSIDENT,

M. THOURET, *Doyen de la Faculté.*

EXAMINATEURS,

MM. BOYER,
CHAUSSIER,
HALLÉ,
DUBOIS,
RICHERAND,
} *Professeurs.*

Par délibération du 19 frimaire an 7, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Biomedical Library
AC
8
B38
M27

A SON EXCELLENCE

M. LE COMTE DE FONTANES,

GRAND MAÎTRE DE L'UNIVERSITÉ IMPÉRIALE.

HOMMAGE RESPECTUEUX

RENDU

A SES TALENS, A SES VERTUS,

AUX BIENFAITS

QUE SON ADMINISTRATION PROMET AUX SCIENCES,

ET EN PARTICULIER

A LA MEDECINE.

CONSIDÉRATIONS

Sur l'Opération de la Cataracte appliquée au Traitement des Animaux domestiques.

L'œil est une des plus admirables productions du Créateur.

Sa structure présente ce que l'organisation a de plus délicat ; ses fonctions ce que les phénomènes de la vie et ceux de la physique réunis offrent de plus curieux.

Cet organe, placé sur une des nombreuses extrémités du système sentant, a pour base une membrane nerveuse arrondie en globe et creusée d'une cavité intérieure de même forme.

Sur cette extrémité nerveuse sont disposées des pièces qui la transforment en une véritable chambre obscure, dont les parois sont douées de la vie et de la faculté de modifier au besoin leur état ainsi que leur action.

Une membrane convexe et transparente forme la partie antérieure de cet appareil et donne entrée aux rayons de la lumière.

Une sorte de diaphragme mobile et percé à son centre d'une ouverture, dont les dimensions peuvent s'étendre ou bien diminuer est placée derrière cette membrane pour mesurer la quantité de lumière qui doit pénétrer dans l'œil, et la proportionner aux besoins de la vision et à la sensibilité de la rétine.

Sur le trajet de la lumière sont placés des liquides qui, par leur

densité et la forme de leur surface, réfractent les rayons de ce fluide subtil, les font converger entre eux et les réunissent sur des points déterminés de la rétine.

Sur cette membrane sentante vient se peindre l'image renversée des objets extérieurs. Cette image redressée par un simple mécanisme, et non point par la réflexion ou par l'habitude, va produire dans le cerveau les impressions d'où naissent les idées de couleur, de forme, d'étendue et de distance.

Autour de cette membrane est déployée une sorte de tenture noire qui absorbe les rayons lumineux, empêche qu'ils ne traversent l'œil, ou que leur réflexion confuse ne vienne jeter le trouble dans la vision.

Une dernière membrane enveloppe toutes ces parties, les protége par son épaisseur et par sa densité.

Mais l'œil n'est pas passif dans la vision. Un appareil de muscles lui permet de se diriger vers la lumière, de la rechercher, en quelque façon, et, peut-être, en modifiant la forme et en changeant les dimensions de l'œil, il influe sur les effets que la lumière doit produire sur la rétine.

Mais ces mouvemens, exécutés à la surface du corps et avec le contact de l'air, auraient produit une inflammation de l'œil, si sa surface libre n'eût été sans cesse humectée par un liquide lubréfiant.

Une glande placée près de lui secrète cette humeur; des canaux déliés la versent sur sa partie antérieure. Une membrane de la nature de celles qui peuvent supporter le contact des corps étrangers la reçoit; deux voiles mobiles la répandent sur toute sa surface, et joignent à ce premier usage celui de garantir l'œil de l'injure des corps extérieurs et de le reposer de l'action de la lumière. Enfin des tubes capillaires et vivans l'absorbent et la portent dans un réservoir, d'où ensuite elle est versée dans les fosses nasales.

Nous ne parlerons pas ici des précautions que la nature a prises pour abriter cet appareil et pour le protéger; ce qui précède suffit pour justifier ce que nous avons dit de l'excellence de l'œil.

Mais une aussi grande réunion de moyens et d'effets délicats dans un aussi petit organe devait nécessairement l'exposer à une multitude de dérangemens. En effet, l'œil offre un très-grand nombre de maladies, et, pour nous borner ici à quelques-unes d'entre elles, combien de causes peuvent s'opposer à ce que les rayons lumineux puissent pénétrer jusqu'à la rétine!

L'imperforation native des paupières;

Leur occlusion accidentelle;

Leur adhérence avec la partie antérieure de l'œil;

La procidence de la paupière supérieure;

Des tumeurs graisseuses, variqueuses, scrophuleuses et squirreuses;

Des kystes séreux hydatidiques, mélicériques, stéatomateux;

Des exostoses de la base de l'orbite;

Le trouble de la cornée produit par l'engorgement et la dilatation de ses vaisseaux, ou bien par des inflammations chroniques;

Les taies, les dégénérations plus ou moins générales de la cornée;

Les épanchemens de pus ou de sang dans l'humeur aqueuse;

Les imperforations natives de la pupille;

Ses rétrécissemens et ses oblitérations, avec ou sans adhérence à la cornée et à la membrane cristalline;

La formation à la surface de l'iris de petits corps fibreux mobiles qui, en se dirigeant vers la pupille, en ferment momentanément l'ouverture;

L'opacité de la membrane cristalline, suite de dégénérations diverses;

Enfin, les altérations variées dont est susceptible l'humeur de *Morgagni* et l'opacité du cristallin, sont autant de causes qui peuvent s'opposer à l'arrivée de la lumière sur la rétine.

Heureusement l'art possède des moyens efficaces contre la plupart de ces affections, et surtout contre la cataracte. La chirurgie

est arrivée sur cette dernière maladie à un tel degré de perfection dans ses procédés opératoires, qu'il semble que désormais le praticien n'ait autre chose qu'à faire un choix parmi ces procédés, et à assurer le succès de l'opération par des préparations et un traitement convenables.

Ceci ne s'applique, il est vrai, qu'à l'homme, et l'art vétérinaire est encore à cet égard loin de la médecine.

La médecine vétérinaire paraît être aujourd'hui dans l'état où l'on a vu la médecine de l'homme il y a quelques siècles; et, pour sortir de cette position, il semble qu'elle ait besoin d'user des moyens par lesquels celle ci est sortie de l'état de stagnation où elle était alors. Il semble surtout qu'elle doive faire servir à son avancement tout ce que de nombreuses observations et de longues expériences ont appris touchant la nature et le traitement des maladies de l'homme.

Il faudrait pour cela commencer par tracer des histoires exactes des maladies des animaux; il faudrait établir ensuite un parallèle entre ces maladies et celles dont l'homme est attaqué; bien saisir surtout leurs analogies et leurs dissemblances, et faire ensuite, avec les modifications qu'exige la différence de nature et de besoins, un essai des traitemens que l'expérience a consacrés.

Nous ne croyons pas que ce travail ait jamais été fait; nous ne pensons même pas qu'il puisse être exécuté de long-temps. Les médecins sont trop étrangers aux maladies des animaux, et les vétérinaires sont trop étrangers à celles qui affectent l'espèce humaine, pour qu'on puisse espérer de voir un jour ce beau travail s'accomplir.

Il exigerait qu'un homme de génie, plus avide de gloire que de fortune, sût se mettre à l'abri des préjugés qui séparent les médecins des vétérinaires; qu'il sût s'élever au-dessus des difficultés d'une pareille entreprise, et que, considérant l'homme et les animaux comme ayant la même organisation générale, comme soumis aux

mêmes infirmités, il voulût recueillir, sans prévention et sans système, des observations exactes, tracer avec habileté le tableau des unes et des autres, saisir avec discernement leurs analogies et leurs différences, et établir, d'après l'expérience, ce que les mœurs, les habitudes, l'organisation des animaux apportent de changement dans les effets des médicamens.

Un pareil travail serait également utile à la médecine de l'homme et à celle des animaux; il agrandirait les vues de l'une et de l'autre, fournirait à toutes deux de nouveaux moyens d'observation, d'expérience et de succès. Ce que l'on doit desirer sur toutes les parties de la médecine des animaux, nous osons le tenter aujourd'hui sur une seule maladie, sur la cataracte.

Cette maladie attaque plus souvent certains animaux que l'homme; elle en réduit la valeur; elle en borne l'utilité. C'est rendre un service important au commerce et à l'économie domestique, que de chercher à prévenir ou à guérir cette maladie. Les chevaux et les chiens sont, de tous les animaux domestiques, ceux qui en sont le plus fréquemment affectés. Les causes qui la produisent ne paraissent pas être les mêmes chez tous les animaux. Dans l'homme, elle est quelquefois le produit des causes accidentelles; mais le plus communément l'effet de l'âge : aussi ne la voit-on se manifester que très-rarement chez les jeunes sujets, tandis qu'elle est très-commune chez les vieillards. La même chose a lieu dans le chien et chez plusieurs autres animaux domestiques. Dans le cheval, au contraire, elle se manifeste bien plus fréquemment dans la jeunesse, et la cataracte produite par la vieillesse est plus rare chez lui. Il existe donc dans les chevaux une cause de cataracte qui n'existe pas chez l'homme, et qu'il faut rechercher. On a remarqué que les chevaux élevés dans les pays bas, humides et froids, sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus sujets à la cataracte. Telle est même l'influence que ce climat exerce, qu'il n'est pas rare de

voir dans certaines contrées la moitié des chevaux affectés de cataractes avant qu'ils aient atteint l'âge de cinq ans.

Sa formation est précédée et accompagnée de symptômes qui décèlent une fluxion vers la tête. Les fosses nasales deviennent le siége d'une irritation suivie d'éternûmens, de sécheresse, de rougeur, de chaleur et de fièvre. Au bout de quelque temps, une sécrétion abondante s'établit dans cette partie. Cette secrétion, de nature puriforme, ne doit pas être confondue avec celle que produit la morve. Elle termine quelquefois la fluxion qui s'est faite vers la tête de ces animaux; mais d'autres fois la maladie ne se borne point aux membranes muqueuses, elle s'étend à l'œil; elle détermine dans le cristallin un trouble léger d'abord, auquel succède ensuite une demi-opacité que suit bientôt une opacité complète. Il serait difficile de ne pas voir la liaison qui existe entre ces deux affections. La fluxion, favorisée par la nature du climat, se borne, dans quelques cas, à produire une sorte de dépuration analogue à celle qu'on observe si souvent dans l'homme et dans les animaux eux-mêmes, lorsqu'elle est renfermée dans de justes bornes; mais, si elle dépasse ces limites, elle porte son action sur d'autres parties, et c'est alors qu'elle détermine la formation de la cataracte.

Ce rapport entre les fluxions auxquelles le système muqueux est sujet chez ces animaux et la cataracte dont ils sont affectés pourrait peut-être fournir les moyens de prévenir cette dernière maladie. S'il est bien vrai, comme on n'en saurait douter, que cette fluxion est plus forte dans les chevaux élevés dans des pays froids et humides; s'il est encore bien vrai, comme cela paraît être, que cette fluxion soit la cause de la cataracte, on conçoit que l'on peut, par des méthodes curatives bien connues, sinon prévenir ces fluxions, du moins mettre des bornes à leurs effets, et prévenir la formation de la cataracte. On pourrait, par exemple, mettre ces animaux à l'abri de l'influence de l'air froid et humide. On pourrait, par une nourriture sèche et aromatique, par l'emploi

des sétons, prévenir et suppléer, en quelque façon, les fluxions vers la tête et les secrétions dont elles sont suivies. On pourrait surtout, par l'emploi de ce dernier moyen combiné avec celui des purgatifs, arrêter une fluxion déjà commencée. Dans ce cas, des sétons appliqués derrière les oreilles seraient un moyen très-efficace pour arrêter la formation des cataractes. Mais c'est en vain que la médecine s'efforce de persuader aux hommes qu'il faut prévenir les maladies; en vain elle indique les moyens d'arriver à ce but important, l'insouciance ou l'impossibilité de prévoir sûrement les circonstances propres à occasionner le développement des maladies, laisseront toujours les animaux exposés à leurs atteintes, et la médecine dans la nécessité de ne les traiter que lorsqu'elles sont déjà développées: mais alors encore elle possède une grande ressource pour le traitement de la cataracte.

Trois procédés principaux sont employés dans l'homme pour guérir cette maladie: l'un d'eux consiste dans l'extraction du cristallin; l'autre dans son abaissement; le troisième a pour but de le diviser et de le disséminer dans les humeurs contenues dans le globe oculaire.

L'art vétérinaire, marchant de loin sur les traces de la médecine, a tenté, il y a un certain nombre d'années, l'opération de la cataracte par extraction sur le cheval. Peu satisfait du succès de ses tentatives, il a depuis négligé les deux autres méthodes, et, persuadé que cette maladie était incurable, il a abandonné à eux-mêmes tous les animaux atteints de cataracte.

L'abaissement et la division du cristallin sont cependant les deux méthodes sur lesquelles il doit le plus compter. L'opération de la cataracte par extraction a des inconvéniens qu'il était facile de prévoir. L'indocilité des animaux devait rendre cette opération difficile. Le mouvement continuel de leurs paupières et de leurs yeux devait en rendre le succès très-incertain. Mais une cause plus puissante encore empêche que cette opération puisse réussir sur le

cheval. Un muscle très-fort inséré au fond de l'orbite et placé autour du nerf optique en manière de gaîne, vient s'insérer à la partie postérieure de la sclérotique. Ce muscle vient-il à se contracter, il attire le globe oculaire au fond de l'orbite, et son action, jointe à celle des muscles droits et des obliques, détermine, dans presque tous les cas, l'évacuation de la presque totalité de l'humeur vitrée. L'œil étant ainsi vidé, il se flétrit, et l'animal, sans recouvrer la vue, a acquis une difformité repoussante.

Ces causes doivent empêcher pour toujours l'opération de la cataracte par extraction de réussir sur le cheval. Il en est de même pour le chien. Si l'évacuation de l'humeur vitrée est la cause des accidens dont est suivie l'opération de la cataracte ainsi pratiquée, on pouvait espérer de guérir ces animaux en évitant de faire une incision à la cornée : pour cela deux méthodes existent ; la division du cristallin, appelée le *broiement* par *Scarpa* et par ceux qui ont adopté sa méthode, et la dépression du cristallin en masse. La méthode par broiement du cristallin paraîtrait, au premier aspect, devoir convenir plutôt que l'abaissement en masse. Toutes les fonctions de la vie s'exécutant en général avec plus de force dans les animaux que dans l'homme, on devait espérer que l'absorption du cristallin divisé et disséminé dans l'œil serait très-prompte ; que toutes les humeurs reprenant par degrés leur transparence première, la vue se rétablirait bientôt. Ces espérances, bien fondées, n'ont pourtant pas toujours été réalisées. On a vu dans plusieurs cas, il est vrai, le cristallin absorbé sans accident ; mais on a vu, dans d'autres cas, une inflammation chronique se développer tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'œil, déterminer l'accroissement des vaisseaux et des membranes de l'œil, donner lieu à une secrétion de pus, et produire enfin l'opacité et même l'atrophie de l'œil.

MM. *Dupuytren* et *Dupuy*, qui ont fait sur la cataracte du cheval plusieurs expériences que j'ai répétées depuis, ont observé que le globe oculaire des chevaux est très-petit relativement au volume

de leur corps ; que leur cristallin est très-volumineux relativement aux autres parties de l'œil ; d'où il résulte que le cristallin, divisé et répandu au milieu de l'humeur vitrée, forme un corps étranger d'un volume disproportionné à la force d'absorption qui est en rapport seulement avec la quantité d'humeur vitrée que contient le globe oculaire. Cette force étant insuffisante, le cristallin agit comme un corps irritant dont la nature ne peut se débarrasser, et il produit ainsi la série de symptômes que nous avons indiqués.

Si l'on trouve un animal dont l'œil soit très-gros et le cristallin très-petit, ce procédé devra être préféré. C'est précisément le cas où se trouve l'homme : aussi voit-t-on très-fréquemment ce procédé réussir chez lui. Cependant il arrive aussi quelquefois que le cristallin, ainsi broyé, agit comme un corps irritant, détermine une inflammation tantôt aiguë, tantôt chronique. Dans le premier cas, elle entraîne presque toujours la perte de l'œil ; dans le second, il est plus facile de la guérir à l'aide des délayans, des bains de pieds, des purgatifs, des lavemens irritans, des vésicatoires et du séton. Les mêmes moyens peuvent être employés pour la combattre chez les animaux. On pourrait de plus chercher à la prévenir par un traitement préparatoire, consistant dans la diète, les délayans, les saignées et les purgatifs.

La méthode par abaissement en masse n'a pas à un aussi haut degré les inconvéniens que nous venons de rapporter ; elle est plus courte, moins douloureuse ; elle apporte moins de désorganisation dans la trame cellulaire qui renferme l'humeur vitrée ; elle cause une moindre dissémination de corps irritans dans l'œil ; elle multiplie moins les contacts et les points d'irritation. Elle reste, il est vrai, plus sujette aux inconvéniens qu'on lui a reprochés dans l'homme ; inconvéniens qui sont d'ailleurs moins nombreux et moins fréquens qu'on ne se l'imagine ordinairement, et qui avaient fait injustement substituer dans tous les cas l'extraction à l'abaissement dans l'homme lui-même. Ces inconvéniens, si l'on en croit les auteurs, sont les vomissemens,

le replacement de la cataracte dans son lieu primitif. On serait presque tenté de regarder le premier accident comme imaginaire, quand on voit que les vomissemens ne se sont pas manifestés une seule fois sur plus de trois cents malades opérés à l'Hôtel-Dieu depuis six ans. Le retour du cristallin à sa place naturelle a lieu à peine sur un trentième des individus opérés par abaissement, et d'ailleurs on peut prévenir cet accident en déplaçant le cristallin d'une manière convenable, ou bien y remédier en l'abaissant de nouveau; ce qui peut se faire avec aussi peu de danger pour le malade que la première fois. L'inconvénient plus réel de cette méthode est la longueur et la difficulté de l'absorption du cristallin. Cette difficulté tient à ce que ce corps, environné de sa membrane, offre moins de surface et plus de résistance à l'action des vaisseaux absorbans, que quand il est divisé et disséminé dans l'œil. Delà la longueur de l'absorption; delà le trouble dans la vision, que produit et qu'entretient pendant toute sa durée le travail qu'excite l'absorption du cristallin.

Ces causes retardent quelquefois de plusieurs mois la guérison de l'homme; il doit en être de même des animaux. On peut néanmoins hâter cette absorption en déterminant des évacuations, soit par le canal intestinal, soit par quelque autre point de la susface de la peau. En effet, toutes les fois que l'on augmente les évacuations, sans donner des quantités d'alimens proportionnées aux pertes qu'elles causent, on détermine presque toujours un accroissement dans l'absorption des parties intérieures.

Pour pratiquer avec succès l'opération de la cataracte sur le cheval, il faut d'abord l'abattre et se rendre maître de ses mouvemens, fixer ensuite son globe oculaire, et abaisser enfin le cristallin.

Le cheval étant abattu et fixé, en suivant les précautions ordinaires, il faut avoir soin de placer en haut l'œil qui doit être opéré, et d'appuyer le côté de la tête qui regarde le sol sur une litière bien molle.

L'œil n'est pas aussi facile à fixer sur le cheval que sur l'homme ; il suffit, dans ce dernier, de tenir les paupières écartées, et l'œil pressé en dedans et en dehors avec les doigts ; mais ces précautions sont insuffisantes dans le cheval ; une membrane clignotante vient recouvrir l'œil, lors même que l'on a écarté les paupières. Cet organe se retire, s'enfonce et se cache dans sa cavité, et devient inaccessible aux instrumens. On ne peut le forcer à en sortir qu'en exerçant, tant que dure l'opération, une assez forte pression sur la fosse temporale à l'endroit où elle communique avec la fosse orbitaire.

L'œil rendu plus saillant par ce moyen, doit ensuite être fixé avec les doigts d'un aide qui tient abaissée la paupière inférieure, et par ceux de l'opérateur qui tient relevée la paupière supérieure. Quelquefois, malgré ces précautions, la mobilité de l'œil empêche qu'on ne puisse pratiquer l'opération. Il faut alors attendre avec patience que cette mobilité soit diminuée.

Les instrumens nécessaires pour cette opération sont très-simples, et c'est peut-être un des avantages qu'elle offre et une des raisons qui doivent faire espérer le plus d'en voir répandre la pratique. Ils consistent dans une aiguille à cataracte dont le fer, long de deux pouces et demi à trois pouces, offre un diamètre d'une demi-ligne, et dont une extrémité, aplatie en forme de lance, est recourbée sur une des faces, et dont l'autre extrémité est reçue dans un manche d'ébène ou d'ivoire. Cette aiguille doit avoir une force beaucoup plus grande que celle des aiguilles dont on se sert ordinairement pour l'homme. Celles-ci, trop minces et trop flexibles, ne sauraient résister aux efforts des muscles de l'œil ; elles seraient tordues ou brisées avant que l'opération pût être terminée.

L'aiguille que nous avons décrite doit être tenue entre le pouce et les deux premiers doigts de la main. Son extrémité doit être appuyée sur le côté externe de la sclérotique, à une ligne et demie

de son union avec la cornée ; elle doit être rapidement enfoncée dans l'œil, de peur que l'irritation et la douleur occasionnées par cette piqûre ne donne à ses mouvemens le temps de se renouveler et d'apporter un obstacle à l'introduction de l'aiguille. Une fois que cet instrument est arrivé dans l'humeur vitrée, il devient un moyen de fixer le globe oculaire, et l'opération s'exécute dès-lors sans beaucoup d'obstacles de la part de l'animal. La pointe de l'aiguille doit être alors dirigée vers la pupille, et ensuite être portée à la partie la plus élevée du cristallin.

On peut terminer l'opération de deux manières. La première consiste à élever le manche de l'aiguille, à abaisser sa pointe et à déprimer par ce moyen le cristallin. La seconde consiste à plonger la pointe recourbée de l'aiguille dans la partie antérieure du cristallin, et à l'abaisser, après l'avoir ainsi saisi. Dans les deux cas, il ne suffit pas de déprimer verticalement le cristallin ; il faut, après l'avoir abaissé dans cette direction, le porter horizontalement en arrière et en dehors, afin que, si quelque cause tendait à le ramener à sa position primitive, l'obliquité du trajet qu'il a parcouru devînt un obstacle à son replacement.

Le cristallin ayant été ainsi porté à la partie postérieure et externe de l'œil, il faut retirer l'aiguille dans la direction où elle se trouve alors. En la retirant dans une direction transversale, on ramenerait le cristallin à sa position première. Dans le cheval, comme dans l'homme, il importe de ne laisser derrière la pupille aucune portion de membrane cristalline, qu'elle soit altérée ou non ; l'expérience a prouvé que c'étaient des portions de cette membrane qui produisaient ordinairement des cataractes secondaires, lesquelles privent si souvent les malades des bienfaits de l'opération.

On observe sur le cheval un grand nombre de variétés dans l'état du cristallin devenu opaque. Il est souvent adhérent à la face postérieure de l'iris ; sa membrane est aussi très-souvent ossifiée ; l'humeur

de *Morgagni* est quelquefois transformée en un liquide dont les molécules se disséminent dans l'humeur aqueuse et dans l'humeur vitrée, comme la poussière le fait dans les airs, et qui se précipite au bout de quelque temps dans la partie la plus déclive de l'œil.

Le cristallin lui-même peut participer à diverses altérations : il peut être réduit à une matière liquide, ou bien il peut être de nature osseuse. Ces cataractes, faciles à reconnaître avant l'opération, sont extrêmement difficiles à guérir, et lors même que l'opération réussit, une affection de la rétine empêche les animaux de voir par la suite.

Les soins à donner aux chevaux, après l'opération de la cataracte, sont de plus haute importance. Il convient d'abord de placer au-devant de leurs yeux un bandeau épais et noir, qui intercepte les rayons lumineux, et les empêche de parvenir jusqu'à l'œil opéré, et qui s'oppose en même temps à ce qu'aucun corps étranger voltigeant dans l'atmosphère s'insinue entre les paupières, et détermine une inflammation à la conjonctive. Il faut ensuite mettre les animaux opérés à la paille et à l'eau de son. Il faudrait même, si une rougeur un peu vive se déclarait à la conjonctive, recourir à la saignée, surtout à celle des jugulaires, dont les radicules partant de l'œil ou de son voisinage, produisent un dégorgement local bien plus utile que ne feraient des saignées copieuses pratiquées sur d'autres parties du corps. Il convient même, lorsque l'inflammation est un peu calmée, de faire usage de purgatifs, afin de produire une dérivation salutaire, ou bien d'appliquer un séton en quelque partie du corps. On reconnaît ordinairement que les animaux opérés de la cataracte jouissent de la vue, lorsque immédiatement après l'opération ils voient ce qui se passe autour d'eux, lorsque la lumière, traversant leur bandeau, produit sur l'œil une sensation qui est presque toujours suivie chez eux de mouvemens de terreur que détermine le peu d'habitude de voir les objets.

C'est en suivant toutes ces précautions, que j'ai opéré plusieurs fois des chevaux atteints de cataracte en présence de Messieurs *Desplas*, *Dupuy* et *Tassy*, vétérinaires distingués. Parmi ces opérations, les unes ont été faites avec succès, d'autres ont été moins heureuses à cause de l'inflammation chronique qui s'est emparée de la conjonctive et de l'intérieur de l'œil; ce qui a déterminé, soit des retrécissemens de la pupille, soit le trouble des humeurs de l'œil, soit enfin l'atrophie de cette partie. Il est probable que des saignées, des purgatifs et des sétons employés plus à propos dans ces cas, eussent prévenu les accidens. Nous n'oserions pas assurer qu'ils puissent en garantir dans tous les cas; mais il est permis d'espérer qu'à l'aide d'expériences plus nombreuses l'opération deviendra plus facile et plus sûre, et qu'on verra augmenter le nombre des succès, et diminuer celui des accidens. C'est, après les tentatives que nous avons faites, le but vers lequel doivent être dirigés désormais les efforts des vétérinaires amis de leur art.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum periculosum, judicium difficile. Oportet autem non modò seipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect. 1, aph.* 1.

II.

Victus humidus febricitantibus omnibus confert, maximè verò pueris, et aliis tali victu uti consuetis. *Ibid., aph.* 16.

III.

Senes facillimè jejunium ferunt, secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri: ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid., aph.* 13.

IV.

In morbis minùs periclitantur ii quorum naturæ, et ætati, et habitui, et tempori magis similis fuerit morbus, quàm ii quibus horum nulli *fuerit* similis. *Sect. 11, aph.* 34.

V.

Qui benè valent corpore, purgatu sunt difficiles. *Ibid. aph.* 37.

VI.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect. 1, aph.* 6.

COUP-D'OEIL GÉNÉRAL N.° 6.

Sur les Sensations et les Idées qui en sont la suite; conséquences qu'on peut en tirer relativement à l'Education.

DISSERTATION

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 janvier 1809,

PAR P. LESSERÉ, d'Auxerre,

(Département de l'Yonne)

Candidat en Médecine.

Qui studet optatam cursu contingere metam,
Multa tulit, fecitque puer, sudavit et alsit.
HORATIUS, *de arte poeticâ*, v. 412.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.
1809.

PRÉSIDENT,

M. THOURET, *Doyen de la Faculté.*

EXAMINATEURS,

MM. DEJUSSIEU.
RICHERAND.
BAUDELOCQUE.
BOURDIER.
CHAUSSIER.
} *Professeurs.*

Par délibération du 19 frimaire an 7, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MON PÈRE,

Chirurgien en chef de l'Hôpital civil et militaire, de l'Hospice des Orphelins et de la Maison d'arrêt d'Auxerre.

Témoignage public d'amour et de gratitude.

P. LESSERÉ.

INTRODUCTION.

Les phénomènes qui, en dernière analyse, caractérisent la vie de nos différentes parties, qui lui tiennent immédiatement, ou plutôt, comme le remarquent *Bichat* et la plupart des modernes, en forment le principe et l'essence, sont désignés sous le nom de *forces* ou *propriétés vitales*.

Elles sont généralement répandues, en proportions variées, il est vrai, non-seulement dans les êtres doués de la vie, et par conséquent organisés, mais encore dans les diverses parties qui forment chacun d'eux. C'est même là un de leurs caractères les plus essentiels.

La plupart des physiologistes en distinguent deux : la *sensibilité* et la *contractilité*. Quelques-uns même, comme M. le Professeur *Chaussier*, y ajoutent la *caloricité*, que d'autres ont regardée comme une fonction. Mais d'abord examinons avec quelques détails les deux premières.

La *sensibilité*, dit-on, se distingue, suivant que les impressions sont ou non transmises au cerveau qui les perçoit, en *sensibilité animale*, *sensibilité de relation* ou *perceptibilité*, et en *sensibilité organique*, *sensibilité latente* ou *excitabilité*.

La *contractilité*, suivant qu'elle part du cerveau ou en est

indépendante, se distingue en *contractilité animale* ou *volontaire*, et en *contractilité organique* ou *involontaire*. Cette dernière est subdivisée en *sensible*, c'est l'*irritabilité hallérienne*, et en *insensible*, c'est la *tonicité*.

Telles sont les subdivisions données jusqu'à ce jour ; mais c'est peut-être mal-à-propos qu'on a rangé la *contractilité animale* ou *volontaire* parmi les propriétés ; n'étant pas, comme elles, un phénomène propre à tous les organes, il nous semble qu'on doit la considérer comme une véritable fonction des muscles mise en exercice par l'influence cérébrale.

Modifions donc la distinction des propriétés vitales pour la rendre plus exacte. Disons d'abord, à l'égard de la *sensibilité*, que tous nos organes, quels qu'ils soient, en jouissent à un certain degré ; que là où elle est développée à un degré suffisant pour être sensible à l'individu chez qui elle est mise en jeu, elle prend le nom de *sensibilité animale ;* qu'au contraire, là où nos moyens ne peuvent la rendre apparente en aucune manière, on l'a nommée *sensibilité organique*.

Quant à la *contractilité*, en suivant pour sa distinction une marche analogue à la précédente, divisons-la, selon qu'elle est ou non apparente, en *contractilité animale* et *contractilité organique*. N'envisageant comme propriétés que celles généralement répandues dans toutes nos parties, la *contractilité animale* est précisément l'*irritabilité* de *Haller*, et la *contractilité organique*, la *tonicité*, qui, au fond, n'est véritablement que l'*irritabilité* seulement à un moindre degré.

En admettant cette distinction, qui paraît réellement plus rigoureuse, et, malgré l'opinion de *Haller* qu'une foule de physiologistes ont adoptée avec plus ou moins de modifica-

tions, on peut, avec les Sthaaliens, les nouveaux solidistes d'Edimbourg, les Professeurs de l'Ecole de Montpellier et *Cabanis*, regarder l'une comme dépendante de l'autre. La contractilité est, en effet, évidemment liée à la sensibilité; toute contractilité, même après la mort, soit apparente, soit réelle, mais récente, est déterminée par une impression qui met en jeu la sensibilité. Ce n'est guère au reste qu'une question de mots. Convenons cependant qu'il y a plus de simplicité dans l'Ecole de *Sthaal*.

La *caloricité* même, en admettant que tous les physiologistes s'accordent à la regarder comme une *propriété*, n'en serait pas moins, non plus que la contractilité, une propriété secondaire et dépendante de la sensibilité. On en pourrait peut-être dire autant de la *nutrition*, que sans doute on a tort de considérer comme une fonction, et que nous regarderions aussi volontiers comme une propriété dépendante de la sensibilité. De sorte qu'il n'y a vraiment au fond qu'une seule *propriété vitale*, c'est la *sensibilité*; les autres en sont nécessairement dépendantes, et doivent être considérées comme des *propriétés secondaires*.

Les moyens qui peuvent mettre en évidence la sensibilité sont très-nombreux. Leur nombre s'est successivement accru, et, probablement encore, il s'accroîtra avec le temps.

Ces moyens, dits de nos jours *excitans de la sensibilité*, sont :

1.° *Physiques*, distingués en *physiques* proprement dits, auxquels on rapporte l'action du *chaud* et du *froid* seulement; puis en *mécaniques*, beaucoup plus nombreux, distingués,

suivant leur mode d'action : 1.° en ceux qui agissent en distendant, et dont les effets sont la *distension* proprement dite et la *dilatation*. 2.° En ceux qui agissent en comprimant, et se rangent ici la *simple application des corps extérieurs*, le *frottement* ou les *frictions*, le *froissement* ou les *contusions* ou *meurtrissures*. 3.° Enfin, en ceux qui agissent en divisant, et de l'action desquels résultent les *piqûres*, *entamures*, *ruptures* ou *arrachemens*, qui sont ou simples ou associés aux effets ci-dessus.

2.° *Chimiques*. Ils sont très-nombreux, et les énumérer serait passer en revue une foule de substances qui ne doivent pas nous occuper; ce serait sortir de notre objet.

3.° *Spécifiques*. On y rapporte l'*électricité*, et surtout le *galvanisme*, qui n'en est qu'une modification.

C'est d'après l'action de ces divers excitans que nos organes sont distingués en *sensibles* et *insensibles*. Les premiers sont évidemment les plus nombreux ; chez eux, la sensibilité non-seulement n'existe pas au même degré, mais encore n'est pas susceptible de se réveiller sous le même excitant.

Les seconds, ou mieux les parties non encore reconnues sensibles, sont les *os*, les *cartilages*, l'*épiderme*, les *ongles*, les *cheveux* et les *poils*. Peut-être même le *tissu cellulaire* n'est-il sensible que par les nombreux filets de nerfs qui le traversent, et auxquels il forme une sorte d'atmosphère. *Haller* rangeait parmi ces derniers organes la *dure-mère* et les *ligamens*. C'est une erreur actuellement bien reconnue. On sait, en effet, que la dure-mère souffre sous l'action d'une brosse qui l'irrite, et

que la distension rend les ligamens extraordinairement douloureux.

On peut donc dire, avec le plus grand nombre des modernes, que si les parties que nous venons d'énumérer sont qualifiées d'*insensibles*, c'est que nous manquons de moyens propres à monter, en quelque sorte, leur sensibilité à un degré convenable pour être aperçu ; nous en avons pour preuve l'influence des maladies qui développent généralement dans tous nos organes un degré particulier de sensibilité. C'est ainsi que la *douleur,* qui n'en est qu'une modification, et qu'on peut distinguer, quant à sa cause, en *essentielle*, *symptômatique* et *sympathique*, varie, comme d'ailleurs l'a observé *Bichat*, non-seulement suivant l'organe affecté, mais encore suivant le genre d'affection. Sous ce dernier rapport, elle est en général d'autant plus vive, que la maladie est plus aiguë. Ainsi elle est *brûlante* dans l'érésypèle, *gravative* dans le phlegmon, *tensive* dans l'entorse, *pulsative* ou, ssuivant ses différentes modifications, *lancinante* dans le cancer, *pongitive* ou *poignante* dans la pleurésie, et sous-divisée en *mordicante*, comme dans la goutte, et en *térébrante*, comme dans le panaris. Il est, au reste, une foule d'autres variétés de la douleur sur lesquelles il est inutile de nous arrêter.

Cherchant à expliquer ces différens modes de sensibilité, on a tout accordé, et on accorde encore tout, de nos jours, à l'influence des nerfs dans les organes où ils s'en distribue. Mais pour ceux où l'anatomie la plus exacte et la plus minutieuse ne montre point de nerfs, on a, d'après l'opinion de *Reil*, fait jouer un grand rôle à une *atmosphère nerveuse*, émanant des nerfs, et les entourant à une distance plus ou moins grande.

C'est remonter pour l'explication d'un phénomène à l'existence d'une chose qu'il faudrait, et qu'évidemment on ne peut prouver. Cette idée ingénieuse, comme le dit *Bichat*, doit être placée à côté du grand nombre de celles dont *Bordeu* a semé ses ouvrages, et qui prouvent plus le génie de l'auteur que son esprit exact, judicieux et ennemi de toute opinion à laquelle la rigoureuse observation ne sert pas de base.

Les modernes disent qu'on ignore dans ce cas comment l'impression arrive au cerveau. Vouloir l'expliquer en disant que la sensibilité organique se transforme en sensibilité animale, c'est dire, d'après l'acception que nous avons donnée aux mots *animale, organique*, que la sensibilité, au lieu d'être cachée, devient apparente; c'est une pétition de principes, un véritable sophisme. D'ailleurs on pourrait encore se demander comment des organes doués de sensibilité animale peuvent transmettre au cerveau des impressions sans aucun agent de transmission. C'est évidemment ce qu'on ne pourrait expliquer, à moins encore que, bâtissant hypothèse sur hypothèse, on ne veuille admettre, avec quelques-uns, que les nerfs des ganglions transmettent les impressions jusqu'aux nerfs cérébraux voisins, supposition purement gratuite.

On emploie donc, pour faire comprendre les phénomènes de la sensibilité, une explication qui ne peut être appliquée à tous les cas où cette sensibilité est mise en jeu, et, dans les cas même où l'on veut la donner, c'est évidemment employer, pour faire connaître une propriété universellement répandue dans tous les êtres organisés, une fonction seulement départie à quelques organes. Cette explication est donc inconvenante. C'est pourquoi, hypothèse pour hypothèse, toujours vaut-il mieux adopter

celle qui rend raison de tous les phénomènes, de préférence à celle qui ne peut s'appliquer qu'à quelques-uns.

Nous dirons donc : Tous nos organes, quels qu'ils soient, jouissent de la sensibilité; cette sensibilité est indépendante des nerfs; elle existe en eux, comme dans toutes les autres parties ; elle est susceptible d'une infinité de degrés, depuis celui où elle n'est nullement apparente, malgré cependant qu'elle existe, jusqu'à celui où elle est à son plus haut degré d'évidence, et qu'on pourrait nommer *sentiment*. Elle est, en quelque sorte, indépendante du cerveau. Ce dernier, comme le cœur, les poumons et autres organes importans à la vie, ne lui sont nécessaires que par l'importance des fonctions qu'ils ont à remplir. Elle est concentrée dans les organes; elle réside exclusivement en eux; nous ressentons, quand elle est à un degré suffisant, les agens qui peuvent la mettre en jeu, parce que leur action a lieu sur des organes qui font partie de nous-mêmes, qui ont, en quelque sorte, une organisation plus ou moins susceptible d'impressions.

Mais, sans nous arrêter plus longuement sur cette propriété vraiment indépendante des fonctions des nerfs et du cerveau, jetons un coup-d'œil sur ces dernières. Or, elles sont dépendantes les unes des autres et relatives aux *sensations*, aux *idées* et aux *fonctions intellectuelles* qui en dépendent, et enfin aux *moyens de réaction*. Dans le premier cas, c'est le cerveau qui reçoit l'action ; dans le dernier, ce sont les muscles; aussi les fonctions de ces derniers sont-elles intimement liées aux fonctions des nerfs qui s'y rendent ; de sorte que les fonctions du cerveau, et en général du système nerveux, peuvent s'étudier sous trois points de vue, que l'on considère comme

des fonctions secondaires; mais qui, au fond, ne sont que diverses parties de la même.

Ne nous occupons ici que des *sensations* et des *idées* qui leur sont liées d'une manière intime. Séparons-en les autres fonctions du cerveau et tout ce qui est relatif aux moyens de réaction, et par conséquent à l'action musculaire, en nous bornant seulement, relativement à cette dernière, aux questions suivantes: y a-t-il des nerfs qui lui soient exclusivement destinés? diffèrent-ils de ceux qui servent aux sensations? La compression, la ligature, qui n'en est qu'une variété, la section, la commotion sont autant de circonstances qui résolvent ces questions par la négative. On est donc conduit à admettre l'opinion de *Bichat*, qui, en examinant la disposition des nerfs dans leur trajet, conclut, à l'occasion de leurs communications intérieures, qu'il n'y a pas de cordons nerveux destinés aux sensations, et d'autres aux mouvemens volontaires; et que, si les mêmes nerfs ne servent pas à ce double usage, la différence ne peut être que dans les filets, et non dans les cordons.

Divisons donc ce que nous avons à dire sur le sujet que nous voulons traiter en trois sections : l'une comprendra les *sensations*; l'autre les *idées*, et la troisième des *considérations relatives à l'éducation.*

COUP-D'ŒIL GÉNÉRAL

Sur les Sensations et les Idées qui en sont la suite ; conséquences qu'on peut en tirer relativement à l'Education.

SECTION PREMIÈRE.

Des Sensations.

Les corps extérieurs agissant par simple contact sur les organes de notre corps avec lequels ils peuvent naturellement se trouver en rapport, les nerfs qui viennent s'épanouir à ces organes sont évidemment l'intermède par le moyen duquel le cerveau se trouve influencé, et par conséquent modifié.

« On donne, dit *Mirabeau* (Syst. de la Nat., t. 1, p. 119), différens noms aux modifications qu'il reçoit. Les noms de *sensations*, de *perceptions*, d'*idées*, ne désignent que des changemens produits dans l'organe intérieur, à l'occasion des impressions que font sur les organes extérieurs les corps qui agissent sur eux. Ces changemens, considérés en eux-mêmes, se nomment *sensations ;* ils se nomment *perceptions*, dès que l'organe intérieur les aperçoit ou en est averti ; ils se nomment *idées*, lorsque l'organe intérieur rapporte ces changemens à l'objet qui les a produits ».

Sans adopter dans tous ses points cette opinion, n'envisageons,

pour le moment, que les *sensations* et les *perceptions*. Or, les dernières dépendent évidemment des premières ; elles ne sont, à leur égard, que de simples transformations pour lesquelles deux circonstances sont nécessaires, savoir : 1.° que l'impression ait un certain degré de force ; 2.° qu'elle ait une certaine durée.

Les organes de notre corps qui peuvent recevoir le contact des agens extérieurs sont, en général, assez peu nombreux : il n'y a que les organes des sens proprement dits, la peau et les membranes muqueses. On peut, en conséquence, distinguer les *sensations* en celles qui ont lieu sur les organes les plus étendus et les qualifier pour cela du nom de *générales*, puis en celles dont les organes des sens sont le siége exclusif, et qu'on peut nommer *spéciales*.

CHAPITRE PREMIER.

Sensations générales.

Ce sont elles qu'on désigne aussi sous le nom commun de *tact*.

Elles appartiennent, comme nous l'avons dit, exclusivement à la peau et aux membranes muqueuses. Les organes des sens étant tous recouverts d'une membrane muqueuse, il est évident que tous, outre les sensations spéciales dont ils sont le siége, possèdent véritablement le tact dont nous parlons.

Les impressions, au reste, sont, dans ce cas, transmises au cerveau, qui les reçoit par les nerfs, que nous aurions à étudier, si la grande étendue de notre sujet n'y mettait un obstacle et ne nous forçait de renvoyer à l'anatomie générale de *Bichat*.

Bornons-nous seulement ici à donner quelques idées générales sur le mode d'origine des différens nerfs, d'après les notions plus exactes que MM. les docteurs *Gall* et *Spurzheim* nous ont données sur

le cerveau. Or, tous les filets nerveux, quels qu'ils soient, naissent toujours, non en masse, mais d'une manière successive de la substance grise partout où elle se rencontre, et que l'on peut considérer comme la *matrice des filets médullaires*. Cette substance est très-abondante dans le cerveau et le cervelet; c'est à raison de sa disposition dans ces organes qu'on lui donne le nom de *corticale*, qu'elle ne peut mériter ailleurs. C'est d'elle que naissent une foule de fibres qui se réunissent en faisceaux et se concentrent, en quelque sorte, toujours davantage. Ce sont elles que MM. *Gall* et *Spurzheim* appellent *fibres divergentes*, parce qu'ils les font naître des éminences pyramidales; dénomination que nous ne pouvons conserver, préférant les faire naître généralement de la substance corticale du cerveau et du cervelet.

Ces mêmes fibres, dont le plus grand nombre s'entrecroisent manifestement à environ deux travers de doigts derrière le pont de *Varole*, viennent ensuite former les fibres médullaires des pyramides. D'autres restent probablement sans s'entrecroiser, et ce sont elles qui par la suite doivent former les nerfs des sens, comme nous le dirons ailleurs. Cet entrecroisement, du reste, explique assez clairement les paralysies ou convulsions qu'on observe d'un côté, quoiqu'occasionnées par une compression ou une irritation quelconque du côté opposé du cerveau, fait qu'on n'observe pas à l'égard des nerfs des sens, et que les médecins avaient cherché à expliquer par un entrecroisement vaguement supposé entre les fibres du cerveau.

Au reste, pour que les fibres qui composent les pyramides puissent fournir, en quelque sorte, tous les nerfs que donne la moelle allongée et épinière, il existe une foule de renflemens ou tubercules de substance grisâtre qui leur ajoutent un assez grand nombre de filets, et qu'on observe à chaque paire de nerfs; les ganglions même sont peut-être formés d'une substance analogue.

Il est encore dans le cerveau et le cervelet un autre ordre de

filets, desquels dépendent ce qu'on nomme les *commissures*. Il en existe pour le cerveau lui-même. Elles sont formées de fibres qui peut-être naissent des extrémités de celles que nous avons examinées; on peut les nommer, avec plus de raison, *fibres convergentes* : elles naissent en effet de chacun des côtés du cerveau et du cervelet, puis convergent vers la ligne médiane, où elles s'unissent sans s'entrecroiser en aucune manière, et forment-là ce qu'on nomme les *commissures du cerveau*, qui sans doute ne contribuent pas peu aux dépendances mutuelles dans lesquelles se trouvent les diverses fonctions de cet organe. Le corps calleux, la voûte du cerveau, la commissure antérieure, les fibres transversales du pont de Varole, forment ces diverses commissures.

De même que le cerveau a ses commissures, faisceaux qui forment les différens nerfs ont aussi les leurs. Messieurs les docteurs *Gall* et *Spurzheim* l'admettent pour tous les nerfs; il n'y a guère que pour l'olfactif qu'ils ne peuvent le démontrer d'une manière rigoureuse. Ce sont elles qui rendent compte de l'unité d'impression, malgré la duplicité des organes; phénomène sur lequel nous reviendrons plus spécialement à l'occasion des nerfs des sens.

Contentons-nous de ce simple aperçu, et étudions plus particulièrement les fonctions des nerfs.

Or, les plus essentielles résident dans la moelle qui est à leur centre. Quelques physiologistes cependant, comme *Kruger* (*de Sensat.*, p. 23) ont dit : « *In membranaceâ parte nervi sensus est* ». D'autres ont prétendu que le centre médullaire des nerfs transmettait au cerveau les sensations, tandis que le névrilème était l'agent de réaction de ce dernier organe.

Sans nous attacher à réfuter ces différentes opinions, disons seulement que beaucoup d'anatomistes ont regardé le névrilème comme secrétant la substance médullaire des nerfs; mais 1.° les nerfs des sens les plus fournis en substance médullaire n'ont pas de névrilème dans toute leur étendue; 2.° les membranes qui enveloppent le cerveau, et desquelles dépend le névrilème, ne secrètent évidem-

ment pas la substance qui le compose; 3.° on peut en dire autant à l'égard de la moelle épinière.

Malgré ces preuves qui tendraient à faire rejeter cette opinion, qui n'est point admise, il en est cependant d'autres qui militent en sa faveur. En effet, la portion inférieure d'un nerf coupé, quoique ne communiquant plus avec le cerveau, ne se flêtrit cependant pas; une ligature assez forte, n'empêche pas la nutrition nerveuse. Les nerfs ont donc une existence isolée du cerveau, c'est l'opinion de *Reil*. Mais ces phénomènes dépendent uniquement de ce que les propriétés vitales sont, en général, peu vives dans les nerfs, que conséquemment la nutrition l'est aussi fort peu, et que, par suite, les phénomènes de sa suspension sont peu apparens. Ainsi l'assertion de *Reil*, quoique vraie sous le rapport des propriétés des nerfs, est entièrement fausse sous celui des fonctions; car bien certainement les nerfs sont des conducteurs des sensations et des mouvemens volontaires qu'ils transmettent les premières au cerveau, les seconds aux muscles.

Dans tous les cas, lorsque le tact est mis en exercice, les nerfs transmettent constamment les impressions qu'ils reçoivent de leurs extrémités au cerveau. L'habitude d'agir ainsi rend raison d'un phénomène assez singulier que nous allons détailler.

Lors que l'action des corps extérieurs porte sur la continuité des nerfs, et non sur leur extrémité, comme cela a lieu ordinairement, on se demande pourquoi la douleur dans ce cas se propage du côté des ramifications, et non du côté du cerveau. C'est une question que *Bichat* et tous ceux qui l'ont précédé laissent encore à résoudre. Mais ne pourrait-on pas dire que, dans l'état naturel, les nerfs, ayant l'habitude de transmettre à l'organe cérébral uniquement les impressions qu'ils éprouvent à leurs extrémités, dans un cas fortuit, l'impression ayant lieu dans la continuité, nous nous trompons sur le vrai siége de la douleur, à raison de l'habitude que nous avons contractée, et nous

la rapportons dans les lieux d'où nous viennent les sensations qui peuvent aboutir au nerf affecté, c'est-à-dire, dans les lieux de terminaison de ce nerf?

C'est absolument de la même manière que s'expliquerait la douleur qu'on ressent dans un membre amputé, malgré cependant qu'il n'existe plus. Nous partageons donc, sous ce dernier rapport, l'opinion de *Haller* qui, à l'occasion d'une douleur ressentie à l'extrémité des doigts, après une amputation de l'humérus, dit (*phen. cerebri vivi.*, t. 4, p. 305) : « *Non alia videtur erroris causa « esse, nisi consuetudo, quâ anima, dùm artum regebat integrum, sensum digiti per nervum sursùm ad cerebrum eumtem « percipiebat* ».

Au reste, le tact appartient à tous les animaux ; il est même plus parfait dans quelques-uns que chez l'homme. Il s'exerce, comme nous l'avons dit, non-seulement sur la peau, mais encore sur les membranes muqueuses, et quoiqu'au fond ces deux variétés du tact se confondent à raison de la continuité qui existe entre ces deux parties, elle sert cependant de base à sa distinction en *intérieur* et *extérieur*.

Article premier.

Tact intérieur.

C'est lui qui s'exerce au moyen des *membranes muqueuses*. Les sensations qu'il nous procure sont souvent vagues et confuses, et l'animal n'en est averti que par des effets dont il ne démêle pas ou ne sent pas directement la liaison avec leur cause. Elles résultent de l'exercice des fonctions intérieures; ce sont ces déterminations qu'on désigne sous le nom d'*instinct*, qui, comme son étymologie, *εν στιζειν*, l'indique, est le produit des excitations dont le *stimulus* s'applique à l'intérieur.

Condillac et quelques autres ont établi que toutes les idées et les

déterminations morales se forment toutes et dépendent uniquement de ce qu'ils appellent *sensations*. Ne comprenant sous ce nom que les impressions reçues par les organes des sens proprement dits, ils tombaient manifestement dans l'erreur. Les sensations générales, même celles intérieures dont nous nous occupons, sont, comme nous le verrons bientôt, la source de véritables idées.

Les sensations qui résultent du tact intérieur en exercice sont le principe de plusieurs de nos fonctions, et si assez souvent elles sont ignorées, il est cependant des cas où elles déterminent en nous le sentiment du *besoin*, état bien connu, mais indéfinissable, qui nous invite à l'exercice de certaines fonctions que la nature a mises sous la dépendance de notre volonté.

Examinons donc ce sentiment dans chaque membrane muqueuse et dans les divers points de chacunes d'elles.

§. I.er *Dans la membrane muqueuse digestive.*

Nous avons ici à considérer la *faim*, la *soif* et le *besoin d'évacuer les matières fécales.*

Nous considérerons ce dernier à l'occasion du besoin d'évacuer l'urine ; nous ne nous occuperons, en conséquence, que des deux premières, qui, au fond, rentrent l'une dans l'autre.

1.° *De la Faim.*

On y distingue trois degrés :

1.er Degré. *Appétit.* Etat assez difficile à définir, ni pénible, ni douloureux, et différant en cela du vrai besoin ; nous invitant à l'appréhension des alimens, et déterminant lorsqu'on y satisfait un véritable plaisir.

2.e Degré. *Faim, besoin réel.* Résultat d'une privation plus ou

moins longue d'alimens; se manifestant par un sentiment de pesanteur, de lassitude, et d'un malaise tout particulier dans la région épigastrique, suivi d'une débilité réelle qui souvent n'est que sympathique.

Au reste, la faim presse, est vorace, et satisfaite par toute espèce de mets. L'appétit est plus patient, plus délicat, et veut être réveillé ; il appartient au luxe, tandis que l'autre presse le misérable.

Quelle est la cause de la sensation que nous fait éprouver la faim? Chaque physiologiste a eu son opinion à cet égard. On a fait dépendre cet état : 1.° du frottement des parois de l'estomac qui irrite ses papilles nerveuses (*Haller*) ; 2.° du tiraillement du diaphragme opéré par le foie quand l'estomac est vide; 3.° de la contraction des parois de l'estomac qui en plisse les vaisseaux et y ralentit la circulation (*Lieutaud*); 4.° de l'action du suc gastrique sur les parois de l'estomac, action qui peut être telle, qu'une perforation en soit le résultat (*Hunter*, M. *Fourcroy*); 5.° enfin de la lassitude des fibres de l'estomac, qui, lors de la vacuité de cet organe, se trouvent en contraction (*Bichat*).

Que faire au milieu de ce conflit d'opinions? rien, si ce n'est avouer notre ignorance; cependant il nous semble que les deux dernières peuvent être admises en même temps, en y ajoutant même que l'habitude des sensations rend leur privation vraiment pénible.

Dans les animaux qui ont supporté la faim pendant assez longtemps et que l'on fait périr dans cet état, on trouve l'estomac resserré au point de n'avoir pas plus de volume que l'intestin; on y voit des rides en grand nombre sur la muqueuse; des fluides jaunâtres, résultat du mélange de la salive, de la bile, du suc pancréatique et du mucus, fluides qui peuvent fort bien, comme l'admet *Hunter*, à raison de leur état pur et non mélangé avec les ali-

mens, irriter la muqueuse de l'estomac et l'affecter désagréablement.

La faim peut être quelquefois accidentelle ; c'est ce qui s'observe surtout dans les affections vermineuses, ou bien après un grand exercice dont on n'a pas l'habitude, dernière circonstance où elle peut aller jusqu'à la défaillance, état particulier généralement connu sous le nom de *fringalle*, et que l'on dissipe quelquefois par la moindre quantité d'alimens ou de simples boissons.

3.e Degré. *Faim, état maladif*, marquée par un dérangement de toutes les fonctions, une altération de tous les phénomènes de la vie, au point qu'une mort, précédée de tous les caractères adynamiques, peut en être le résultat.

Lorsqu'on a long-temps supporté cet état, la douleur épigastrique qu'on avait d'abord ressentie, comme dans le cas précédent, disparaît ; la circulation se ralentit, le pouls devient petit ; il semble, en quelque sorte, que la quantité de sang soit diminuée. La respiration est pénible, laborieuse, l'haleine forte et fétide.

A mesure que la maladie fait des progrès, on voit tous les fluides secrétés et exhalés prendre une odeur fétide, un certain degré d'acrimonie. Ainsi l'urine se fonce en couleur, le lait s'aigrit ; la sueur a une odeur forte, est épaisse, onctueuse. Du reste, diminution de tous ces fluides, à la salive près, qui se trouve plus abondante et rejetée presque involontairement, ce qui tient peut-être à ce qu'elle n'est pas portée dans l'estomac, comme cela a lieu si souvent dans l'état de santé, et sans qu'on s'en apperçoive. Bientôt faiblesse extrême au physique, comme au moral ; puis un désordre général suivi d'une mort souvent précédée d'hémorrhagies et de convulsions.

Autopsie. Odeur fétide et prompte décomposition du cadavre ; resserrement des vaisseaux sanguins, diminution et altération du sang qu'ils contiennent ; d'où la facilité et la fréquence des hémor-

rhagies qu'on observe chez les individus près de succomber, vu d'ailleurs la transsudation facile à travers des organes presque déjà privés de la vie. Du reste, dilatation des organes digestifs, au lieu du resserrement qu'on observe dans le simple besoin; les parois de ces organes sont molles et se déchirent avec facilité.

Combien de temps peut-on supporter la faim? Le chien peut la soutenir pendant 8, 10, 11 jours; mais, pour l'homme, il n'y a rien de bien certain, parce que jamais il n'est complètement privé d'alimens. On présume cependant qu'il peut la supporter 8 à 9 jours. *Haller* a beaucoup allongé ce terme, mais il n'a pas eu assez égard à l'état de maladie (hypochondrie) dans lequel se trouvaient les individus dont il fait mention. D'ailleurs il est de fait qu'on peut supporter l'abstinence plus long-temps quand on est privé d'excitans extérieurs, comme quand on se trouve dans un lieu obscur et qu'on reste dans l'immobilité : il semble, en effet, que les impressions usent, en quelque sorte, le principe de la vie.

Variétés de la faim. Occupons-nous seulement de celles qu'on observe chez l'homme. Elles sont *naturelles* ou *maladives.*

Les premières, outre les *variétés individuelles* dont le grand nombre et le peu d'importance qu'elles méritent nous dispensent de les énumérer, en présentent de *générales* qui portent :

1.° *Sur l'âge.* Alors on remarque, à l'égard de l'*appétit*, qu'il est presque continuel chez l'enfant, mais promptement satisfait. Dans l'âge moyen de la vie, soit que la digestion se fasse plus lentement, soit par l'influence de l'habitude, il ne se fait guère sentir qu'à l'heure des repas; enfin dans la vieillesse, il s'affaiblit considérablement. Quant au besoin réel, l'homme le supporte d'autant moins facilement, qu'il est plus jeune et soumis à un plus grand nombre d'excitans. Enfin on observe que l'enfant y succombe promptement, et qu'au contraire le vieillard y résiste beaucoup plus.

2.° *Sur le sexe.* La faim en général, et à tous ses degrés, paraît être plus grande chez l'homme que chez la femme, ce qui peut dépendre sans doute du genre d'occupation particulier auquel l'un et l'autre se livrent. Cependant, à l'égard de la faim, état maladif, disons que les phénomènes graves qui se manifestent, arrivent plus promptement, ont une intensité plus grande, sont en quelque sorte plus nerveux chez la femme, et la conduisent plus rapidement à une terminaison fâcheuse. Du reste, à cet égard, comme à beaucoup d'autres, la femme se rapproche beaucoup de l'enfant.

3.° *Sur le tempérament.* Alors les différences sont aussi nombreuses que chacun d'eux ; remarquons seulement que les individus les plus robustes sont, en général, ceux qui mangent davantage, et qu'au contraire la faim se supporte d'autant plus facilement, que les sujets sont plus débiles, qu'en un mot, la nutrition est moins active.

4.° *Sur l'habitude.* Son influence est bien connue : on sait, en effet, que les individus qui mangent beaucoup sont aussi ceux qui supportent le moins facilement la faim.

5.° *Sur les climats.* En général, l'appétit est plus grand dans les pays froids ; moindre, au contraire, dans les pays chauds, dont les habitans se font, en quelque sorte, un appétit factice par l'usage de substances âcres qui stimulent fortement leur estomac. Il est delà facile de déduire des conséquences relatives aux autres degrés de la faim ; nous ne nous y arrêterons pas plus long-temps.

Il est, avons-nous dit, aussi des *variétés maladives.* Elles dépendent de certains états particuliers, qui quelquefois, mais très-rarement, augmentent l'appétit, d'où résulte la *boulimie ;* d'autres fois le diminuent, c'est alors l'*anorexie ;* quelquefois enfin le dépravent, c'est le *pica*, qui présente tant de variétés.

2.° *De la Soif.*

Elle est aux liquides, ce que la faim est aux solides ; c'est souvent un besoin factice, un état nerveux de l'estomac.

Elle a, comme la faim, ses divers degrés :

1.er Degré. *Simple appétit des liquides.* Etat qui, comme pour la faim, n'est ni pénible, ni douloureux ; dépend fréquemment de l'état dans lequel se trouve l'estomac, et est souvent déterminé par la nature des alimens et leur mode de préparation.

2.e Degré. *Besoin réel.* Fréquemment senti, avec plus ou moins d'intensité, suivant la nature des alimens et les saisons ; se manifestant par un sentiment de chaleur, de sécheresse dans la bouche, le pharynx et l'estomac, s'accroissant d'une manière continue, et ne disparaissant pas au bout d'un certain temps, comme cela s'observe pour la faim, dont le sentiment pénible est d'ailleurs borné à l'estomac.

3.e Degré. *Soif, véritable état maladif.* Manifestée par les phénomènes suivans :

Sentiment de chaleur, de sécheresse toujours croissant ; irritation générale plus ou moins grande ; circulation plus active ; convulsions, surtout chez les carnivores, et une foule d'autres symptômes, en général, plus promptement mortels que ceux de la faim.

L'antopsie montre l'estomac dans un véritable état de phlogose.

Causes de la soif en général. Elles sont ou *locales* ou *générales.*

Aux premières, se rapportent : 1.° l'usage de certaines classes d'ali-

mens qui ont besoin pour la digestion d'être imprégnés d'une très-grande quantité de salive. 2.° L'irritation des surfaces muqueuses par la présence de substances âcres, salées, auxquelles surtout elles ne sont point habituées, cas dans lequel la soif ne se manifeste que quelques heures après le repas, et lorsque ces substances ont produit sur l'estomac toute leur action. 3.° Le contact d'un air chaud dans la bouche, ainsi que l'influence sympathique exercée sur l'estomac par les vives douleurs qu'on ressent quelquefois dans d'autres organes.

Aux *causes générales* ou *éloignées* se rapportent surtout la diminution de sérosité du sang, comme dans les sueurs abondantes, les hydropisies, etc. On y peut ajouter l'influence des fièvres inflammatoires et gastriques, celle des phlegmasies locales, et enfin celle de certaines maladies chroniques dont la soif forme un caractère constant.

Quoiqu'elle se fasse sentir dans la bouche et le pharynx, la soif paraît cependant avoir son siége dans l'estomac; ce que prouve évidemment l'introduction d'un liquide dans cet organe par le moyen d'une sonde. Le sentiment qu'on éprouve dans les premières parties est un résultat de la liaison sympathique et réciproque qui existe entre elles et l'estomac. C'est aussi pour cela qu'au moyen de corps froids et légèrement acides introduits et maintenus dans la bouche, on parvient à tromper la soif; toutefois cela n'a lieu que dans le cas où cette dernière constitue un état maladif.

Variétés de la Soif. Elles sont assez nombreuses, et peuvent se rapporter, comme celles de la faim, à l'âge, au sexe, au tempérament, aux climats et aux maladies, seule et dernière circonstance où elles soient de quelque intérêt, et où on la voit tantôt nulle, c'est l'*adypsie*, d'autres fois insatiable, c'est la *polydypsie*.

§. II. *Dans la Muqueuse pulmonaire.*

Le *tact*, ou plutôt la sensation qui résulte de son exercice, ne se manifeste sur cette membrane que dans des circonstances extraordinaires qui empêchent ou gênent la respiration dans ses phénomènes chimiques et dans ses phénomènes mécaniques. Dans tous les cas, le contact d'un air délétère, ou simplement altéré, détermine dans la muqueuse des bronches un sentiment de malaise particulier qu'on éprouve dans toute la poitrine, et qui décide les efforts auxquels on se livre pour chercher à rétablir la respiration.

Il y a peut-être alors quelque chose de plus et relatif au défaut de coloration du sang, auquel succède promptement une gêne dans la circulation ; mais toujours est-il que ce besoin existe réellement.

Variétés. Ce besoin, peu connu par lui-même, l'est encore moins dans ses variétés, surtout chez l'homme.

§. III. *Dans la Muqueuse de la Vessie.*

Nous joignons ici, comme nous l'avons déjà dit plus haut, le besoin d'évacuer les matières fécales. Or, l'urine, par son séjour et les qualités irritantes qu'elle acquiert dans la vessie, les matières fécales par leur rétention et l'augmentation de consistance qu'elles prennent dans le rectum, agissent d'une manière analogue sur les membranes muqueuses, avec lesquelles elles sont respectivement en contact, les affectent désagréablement, décident un sentiment incommode dont nous nous débarrassons par des évacuations presque entièrement soumises à notre volonté ?

Variétés. Dans l'enfance, ces besoins sont pressans ; on y résiste moins alors qu'à toute autre époque de la vie. Le contraire a lieu chez le vieillard.

La femme, à raison des convenances de société, quoique plus sensible en général que l'homme, supporte cependant ce besoin plus long-temps, ou plutôt se dispense d'y satisfaire aussi souvent, espèce de contrainte d'où résulte probablement l'amplitude plus considérable de la vessie chez elle que chez l'homme.

Eu égard au tempérament, les variétés sont peu essentielles.

Quant à l'habitude, qui dépend elle-même de l'état de société dans lequel vit l'homme, ou des occupations auxquelles il se livre, son influence est telle sur nos sensations, que les mêmes besoins renaissent souvent à la même époque.

Il est, du reste, des variétés individuelles peu importantes; d'autres sont de vrais phénomènes maladifs, et constituent ou l'*incontinence* ou la *rétention*.

§. IV. *Dans la Muqueuse des organes génitaux.*

Le besoin de l'évacuation spermatique, l'*amour physique*, que, pour ne pas se mettre au rang des autres animaux, on a si souvent cherché à rendre *moral*, réside-t-il véritablement dans la muqueuse dont nous nous occupons? La grande ténuité de cette membrane, et en général son aspect extérieur sembleraient résoudre la question par la négative. Cependant il n'en est pas ainsi : observons toutes fois que l'homme est entraîné à l'exercice de la vie reproductive par l'*attrait du plaisir*, attrait purement imaginaire, et nullement dépendant de l'état des organes. L'homme se livre donc souvent, sans nul besoin, à l'acte reproducteur; delà résultent tous les graves accidens, plus promptement mortels chez l'homme que chez la femme, et qu'on voit survenir chez ceux dont la raison ne sait pas modérer cet attrait qu'ils confondent souvent avec un besoin réel.

Le seul cas où il y ait besoin réel nous paraît dépendre de la

trop grande plénitude des vésicules spermatiques, de leur distension par le fluide qu'elles renferment, fluide qui d'ailleurs devient pour elles un irritant dont il faut qu'elles se débarrassent. C'est sans doute cet état qui détermine assez fréquemment pendant le sommeil, et surtout le matin, époque à laquelle il est le plus léger, ces songes voluptueux dont on conserve facilement la mémoire : « *Tùm enim circumvolitant umbræ leves, luditque non amara* « *Venus.*»

Chez la femme, où le besoin dont nous nous occupons peut-il avoir son siége? L'analogie nous porte à le placer dans la muqueuse qui tapisse intérieurement la matrice, sans que nous puissions nullement apporter de faits en faveur de cette opinion; cependant, convenons que cette même muqueuse, pour satisfaire aux évacuations périodiques qui lui sont habituelles, doit être le siége de propriétés vitales assez actives, et par conséquent avoir une influence assez grande sur toutes les fonctions de l'économie.

Au reste, tous les besoins devant être satisfaits, on peut dire que non-seulement l'usage modéré de l'hymen est utile à la santé, mais encore qu'il est presque indispensable aux personnes vigoureusement constituées, pour les soustraire aux dangers que peut entraîner un célibat opiniâtre.

Ce besoin, lorsqu'il n'est pas satisfait, peut devenir une source réelle de maladies dans l'un et l'autre sexe. Ainsi le *priapisme* et le *satyriasis* chez l'homme, la *nymphomanie* chez la femme, en sont assez souvent le résultat. Mais, en outre, il se rencontre des cas où ce besoin devient si impérieux, que la raison la plus austère est à peine suffisante pour résister aux passions impétueuses qui en sont la suite. Il exerce alors un pouvoir tyrannique, et le premier de ses effets est d'altérer les sens et de détruire la raison. Fréquemment donc il est la cause d'*aliénation mentale*. L'homme, dans ce cas, se rapproche, sous quelques rapports, des animaux, que l'amour, qui chez

eux vient en quelque sorte par accès, rend indomptables et furieux lorsqu'il n'est pas satisfait.

S'il est une circonstance opposée aux précédentes où la vie des organes reproducteurs soit encore assoupie, et où par conséquent on doive faire naître ce besoin, c'est surtout chez les filles chlorotiques. L'Hymen doit leur être conseillé pour un motif opposé aux cas précédens; l'acte vénérien éveille chez elles des organes où la vie trop lente ou trop faible rompt l'équilibre général des fonctions d'où dépend la santé. Dans ce cas, les salutaires plaisirs de l'amour redonnent à la beauté sa vigueur et ses charmes, de même qu'un rayon du soleil dissipe les nuages qui trop long-temps avaient obscurci un beau jour. De tous les remèdes, c'est alors le plus avantageux :

« *Afferat ipse licet sacras Epidaurius herbas,*
« *.....nullis amor est medicabilis herbis* ».

OVIDE.

Variétés. Outre les *variétés individuelles*, sur lesquelles nous ne nous arrêterons pas, on sait en général :

1.° Que l'âge influe manifestement sur ce besoin; il ne commence à exister qu'après la puberté. A cette époque, se manifeste une sensation de chaleur jusque-là inconnue; des inquiétudes particulières et légèrement importunes se répandent dans tous les membres; des desirs dont on ne connaît pas trop la cause (quand l'éducation a été soignée) se font sentir alors. Dès que la nature a porté son ouvrage au degré de perfection nécessaire pour propager l'espèce, elle sait inspirer à ses élèves le desir d'une réunion qui perpétue leur empire sur le globe qu'ils habitent, et favorise les richesses du climat où ils abondent davantage.

Ce besoin, au reste, est d'une durée fort limitée; il s'éteint quelque temps avant la vieillesse. C'est à cette dernière époque, c'est lorsqu'on sent cette faculté s'affaiblir, qu'il faut faire retraite et dire avec *Horace :*

« *.....Deposui arma miles inermis* ».

2.° Le sexe apporte aussi des variétés. On a discuté la question : Quel sexe l'amour comblait le plus de ses faveurs ? En général, les hommes passent pour jouir avec plus de vivacité, et les femmes semblent conserver plus long-temps l'impression de la volupté. Sur ce point le jugement de *Tirésias* n'a encore pu départager les sentimens : ce qu'il y a de sûr, c'est que l'étincelle du plaisir se laisse apercevoir plus long-temps dans les yeux des femmes, et qu'on les devine aussi plus aisément que les hommes. Cependant, à l'égard du besoin, il est véritablement plus pressant chez la femme, surtout après l'évacuation menstruelle ; l'homme, au contraire, lui commande davantage.

3.° Les tempéramens ont aussi une influence manifeste sur l'amour. Bornons-nous aux plus importans, c'est-à-dire à ceux admis par les anciens. Celui qui est *caractérisé par la prédominance du système bilieux*, ou le *bilieux*, porte singulièrement à l'amour; et les passions qu'il détermine sont vives et fougueuses. C'est pour lui que la nature semble avoir eu le plus de prédilection en lui fournissant abondamment des sources fécondes de reproduction. On en a la preuve dans les sérails de l'Orient, où l'homme se distingue par son plus grand penchant à l'amour, et par la jalousie qui les dévore ordinairement.

Dans celui où il y a proportion exacte entre les systèmes sanguin et lymphatique, comme chez les *mélancoliques*, l'amour est souvent une combinaison morale, la principale des passions et la source de beaucoup d'autres. Ils sont en général peu faits pour l'amour physique; mais par leur éloquence et l'exaltation de leurs idées, ils sont de dangereux séducteurs auprès des femmes.

Les *sanguins* aiment avec délicatesse, sans avoir une soif ardente des jouissances ; ils offrent ordinairement ce naturel heureux pour qui c'est un bonheur de faire la cour à tout ce qu'on trouve aimable, sans trop s'attacher à ce qu'on a aimé. Aussi l'indiscrétion, l'inconséquence, l'étourderie paraissent leur appartenir à beaucoup de titres. Ils ne font pas attention qu'ils se rendent coupables de

crimes capitaux en amour, et qu'il arrive bien peu qu'on daigne les plaindre pour en être devenus de justes victimes. C'est, au reste, de tous les tempéramens celui qui est le plus fécond.

Les *lymphatiques*, ou encore les *pituiteux*, ont peu d'ardeur pour les plaisirs de l'amour; ils sont garantis de la foule des dangers qui l'accompagnent souvent, par les penchans doux et tranquilles que la nature leur a communiqués.

Enfin, les *nerveux* offrent aussi, sous le rapport qui nous occupe, une foule de variétés, à raison des différences qu'ils peuvent présenter. Toutes les sensations chez eux sont plus vives, et en quelque sorte plus impérieuses. Souvent ils s'y livrent aussi avec un abandon sans réserve, et les effets fâcheux qui en résultent prennent promptement un caractère funeste.

Les autres variétés de tempérament sont, du reste, peu importantes.

4.° L'*habitude* est aussi une des circonstances qui rendent plus ou moins pressant ce même besoin. Loin alors d'émousser les sensations, comme elle le fait dans la plupart des cas, elle les conserve toujours agréables et les rend même plus vives.

Article II.

Tact extérieur.

Son organe est la *peau*, pour la description de laquelle nous renvoyons à l'anatomie générale de *Bichat*.

Les corps sur lesquels il s'exerce sont très-nombreux. Tous ceux, en effet, qui n'ont aucune action destructive sur la peau et qui ne déterminent en elle aucun état maladif, sont de son domaine. Leur grand nombre nous dispense de les énumérer.

La sensibilité n'est pas au même degré dans toutes les parties de

l'organe cutané, et les sensations que nous recevons, ne sont pas dans toutes également exactes. Les parties les plus sensibles, dont la grande mobilité permet d'ailleurs une application facile sur les corps extérieurs, sont celles qui peuvent le mieux juger de leurs *qualités tactiles*. C'est de ces parties qu'on a fait le siége d'un cinquième sens, celui du *toucher*, qui varie tant, relativement à son siége, non-seulement dans les animaux, mais encore dans l'homme, et dans ce dernier à raison de l'habitude. Cependant convenons que les animaux, comme l'homme, choisissent, pour ce sens, des parties où se rendent des nerfs en très-grand nombre, et où par conséquent la sensibilité est la plus exquise.

La *main*, chez l'homme, est donc spécialement le siége du toucher. Cette faculté est évidemment dépendante de sa grande mobilité et de la multitude des branches nerveuses qu'elle reçoit des nerfs cubital, radial, et surtout médian, qui s'y distribuent en papilles. D'ailleurs elle n'est nullement destinée au soutien du corps, et elle a surtout cet avantage, que le pouce, proportionné aux autres doigts, jouissant comme eux de mouvemens isolés et en tous sens, est susceptible de leur être opposé. La délicatesse de la peau, la situation particulière des ongles, sont encore à l'avantage de ce sens; enfin la main est placée à l'extrémité d'un membre qui lui-même est susceptible d'une infinité de mouvemens.

Deux circonstances, en général, perfectionnent le toucher : 1.° La division de la main en doigts plus nombreux, plus longs, plus distincts et mobiles. 2.° La forme de ceux-ci et la nature des tégumens qui les recouvrent.

La main, au reste, lorsqu'on en a été privé accidentellement, peut, jusqu'à un certain point, être remplacée dans ses fonctions par le pied ou toute autre partie du corps.

Nous verrons plus tard sur quoi nous nous fondons pour ne pas regarder le toucher comme un sens spécial. C'est néanmoins avec

raison que quelques auteurs en ont voulu consacrer l'excellence en le nommant *sens géométrique*, *sens mathématique*.

Les qualités des corps dont le toucher peut juger, et dites pour cela *qualités tactiles*, sont assez variées. C'est d'après elles que M. *Cuvier* distingue deux sortes de *toucher* : l'un qu'il nomme *sens de la pression* le plus parfait et celui qui nous trompe le moins ; l'autre, le *sens de la chaleur*.

Le premier nous fait juger de la *consistance des corps*, c'est-à-dire de leur degré de *dureté* ou de *mollesse*, de *liquidité* ou de *fluidité* ; il nous instruit aussi de l'*inégalité* ou du *poli* de leurs surfaces ; de leur *mobilité* ou de leur *immobilité* ; et dans le premier cas, de la *quantité* et de la *direction* de leur mouvement ; enfin du degré de *sécheresse* ou d'*humidité*.

Il est, avons-nous dit, peu sujet à erreur. On ne peut guère, en effet, regarder comme telle que la double impression que l'on éprouve de la part d'un corps unique que l'on touche en même temps avec deux doigts croisés ; encore est-ce à l'égard du nombre que l'erreur a lieu, nombre que la vue pourrait indiquer avec plus de sûreté.

Quant au *sens de la chaleur*, c'est par lui que nous jugeons du *chaud* et du *froid*. Ses erreurs sont fréquentes ; il ne nous indique pas même la quantité relative de calorique existant dans les différens corps : non-seulement, en effet, nous appelons *chaud* tout corps qui nous donne du calorique, mais encore tous ceux qui nous en enlèvent moins que nous n'en perdions un instant avant. C'est ainsi que touchant un corps à $15° + o°$, il nous paraît chaud, malgré que la peau lui soit supérieure en température. Ainsi il ne nous donne que la comparaison de la quantité de chaleur qui nous est fournie ou enlevée avec celle qui nous était fournie ou enlevée auparavant.

Au reste, le tact extérieur, quant aux sensations qu'il nous pro-

cure, est pour beaucoup dans les idées que nous nous formons du *plaisir* et de la *douleur*, états différens de l'ame sur lesquels nous reviendrons plus tard.

Variétés du tact extérieur. Elles sont *accidentelles* ou *naturelles*. Les dernières, outre qu'il peut y en avoir d'*individuelles*, sont le plus souvent *générales*, et peuvent être classées comme il suit :

1.° *Variétés relatives à l'âge.* Dans le fœtus, le cerveau et les nerfs, quoique très-développés, ont des fonctions qui se bornent à une légère action sur les muscles; d'où résultent quelques légers mouvemens, qui même ont peut-être lieu sans que l'ame en prenne connaissance, et par conséquent sans qu'il y ait perception. Il n'y a point de fonctions intellectuelles, et probablement point de sensations, à raison de l'uniformité des impressions que le fœtus paraît éprouver de la part de tout ce qui l'environne alors.

Il n'y aurait donc, dans tous les cas, que la sensibilité animale générale mise en exercice; et, comme *Condillac* semble l'avoir prouvé, tant que les impressions reçues par un sens ne sont pas comparées avec celles reçues par un autre, leur effet se réduit à des modifications intérieures, mais sans jugement formel nettement senti par l'animal, qui puisse l'induire à placer leur cause hors de lui.

M. de *Tracy* (*Mém. dans la collect. de ceux de l'Institut et Elém. d'idéologie*), prouve, avec beaucoup de sagacité, que toute idée de corps extérieurs suppose des impressions de résistance; et que les impressions de résistance ne deviennent distinctes que par le sentiment du mouvement. Il prouve de plus que ce même sentiment du mouvement tient à celui de la volonté qui l'exécute ou qui s'efforce de l'exécuter; qu'il n'existe véritablement que par elle; qu'en conséquence l'impression ou la conscience du *moi* senti, du *moi* reconnu distinct des autres existences, ne peut s'acquérir

que par la conscience d'un effort voulu; qu'en un mot le *moi* réside exclusivement dans la volonté.

D'après un raisonnement semblable, *Cabanis* (Rapp. du phys. et du mor. t. 2, p. 430) dit : « Nous voyons que le fœtus a déjà reçu « les premières impressions dont se compose l'idée de résistance, « et celle des corps étrangers et la conscience du *moi :* car il « exécute des mouvemens qui sont bornés et contraints par les « membranes dans lesquelles il se trouve renfermé; il a le besoin « et le desir, c'est-à-dire la volonté d'exécuter ces mouvemens : « et quant à la conscience du *moi*, on peut croire qu'il lui suffirait, « pour l'acquérir, d'éprouver des impressions de bien-être et de « malaise, et de tenter, pour prolonger les unes et faire cesser « les autres, des efforts voulus, quelque mal conçus et vagues « qu'on puisse d'ailleurs les supposer. Ainsi le fœtus, en naissant, « a déjà dans son cerveau les premières traces des notions fonda- « mentales que ses rapports avec tout l'univers sensible et l'action « des objets extérieurs sur les extrémités nerveuses doivent succes- « sivement y développer. Le cerveau n'est donc déjà plus cette « *table rase* que se sont figurée plusieurs idéologistes; il a déjà « perçu et voulu; il a donc quelques faibles idées, et leur retour « et leur habitude a produit en lui des penchans ».

Mais ici nous voyons que *Cabanis*, quoique partant d'un principe vrai et juste en lui-même, et seulement à l'égard d'un individu qui a déjà éprouvé une foule de sensations et en éprouve encore journellement, l'applique au fœtus qui se trouve dans un cas tout opposé, en tire des conséquences non-seulement fausses, mais encore exagérées, par la mauvaise application qu'il en fait, en supposant, comme une chose généralement admise ou démontrée ce qui n'est encore que problématique : en effet, il ne se borne pas à lui accorder d'une manière générale la perception, la volonté des idées et des penchans, il va jusqu'à lui accorder les sensations de la lumière et des sons; se fondant, dans le premier cas, sur certaines lueurs qu'on aperçoit les yeux fermés; dans le second, sur le bruit

des eaux de l'amnios par leur agitation, ou même sur la transmission des sons extérieurs par l'intermède de ce liquide. Ce raisonnement, entièrement appuyé sur des faits supposés, doit rentrer dans la classe des hypothèses.

Tout dans le fœtus se rapporte donc, comme nous l'avons dit plus haut, à la vie organique, même jusqu'aux légers mouvemens qu'il exécute et qui ont lieu d'une manière sympathique ou directe, mais, dans tous les cas, sans la conscience des causes qui les sollicitent. Le développement précoce du cerveau n'est donc relatif qu'à ce qu'il doit entrer en action sitôt après la naissance, et c'est surtout en cela que ses fonctions diffèrent de celles du cœur, même à cet âge.

A la naissance, l'abord du sang rouge opère un changement manifeste dans le cerveau ; il le monte, en quelque sorte, à un degré convenable pour le rendre susceptible de procurer des perceptions, et cela, non-seulement à raison de ses qualités plus excitantes, mais encore à raison de l'impulsion plus vive qu'il reçoit du cœur par l'occlusion du trou botal.

La sensibilité paraît, à cet âge, comme le dit *Desèze*, jeter des racines vers la circonférence du corps, pour pomper la vie dans tous les objets environnans.

L'influence du système nerveux est alors vive et continuellement renouvelée ; c'est vers elle que la nature a tourné tous ses soins pour qu'elle s'exerce avec la plus grande facilité. Au milieu d'impressions, toutes également nouvelles pour lui, l'enfant semble courir de l'une à l'autre ; ses sens, encore embarrassés, incertains, se développent de momens en momens, et se familiarisent avec leurs propres opérations.

A l'époque de la puberté, l'équilibre s'établit entre le système nerveux et les autres systèmes ; la vie se concentre sur des organes que la nature a alors particulièrement en vue, c'est-à-dire sur les organes génitaux, qui ne reçoivent que très-peu d'influence de la

vie animale. Cet équilibre se maintient jusqu'à la fin de l'âge viril, où déjà les fonctions du cerveau commencent à s'affaiblir.

Dans la vieillesse, le cerveau se durcit manifestement, et devient après la mort plus propre aux études anatomiques; les sensations sont peu nombreuses et peu vives; quelquefois même elles s'abolissent; d'où naissent les paralysies générales ou partielles qui rétrécissent chaque jour la vie de l'individu.

Si le vieillard n'existe qu'avec peine, il agit plus péniblement encore; il ne rencontre partout que des résistances; les corps extérieurs semblent prendre à son égard une force d'inertie à chaque instant plus invincible; ses propres organes se refusent aux ordres de sa volonté; tout le ramène de plus en plus au repos, jusqu'à ce qu'enfin l'absolue impossibilité de soutenir les plus faibles impressions d'une vie défaillante lui rende nécessaire et desirable un repos éternel que la nature ménage à tous les êtres, comme une nuit calme après un jour d'agitation.

On voit ainsi que le tact est le premier sens qui se développe, et le dernier qui s'éteigne.

2.° *Variétés relatives au sexe.* Les différences sont peu apparentes. Cependant disons qu'en général la sensibilité de la peau est plus exaltée et plus délicate chez la femme.

3.° *Variétés relatives au tempérament.* Elles sont en général peu importante.

4.° *Variétés relatives à l'habitude.* Son influence est manifeste; son empire est tel, qu'elle fait de l'homme un être entièrement nouveau; d'où est venue cette conclusion que l'*habitude est une seconde nature;* et cette maxime, plus hardie encore que ce *que nous prenons pour la nature, n'est qu'une première habitude.*

Mais sans tant étendre son influence, ne la considérons que sur les sensations générales. Or, l'habitude émousse le sentiment et per-

fectionne le jugement ; c'est ce qu'a dit *Bichat :* mais en outre elle rend nécessaires quelques sensations dont la privation est véritablement pénible, et même une incommodité réelle, surtout, comme nous le verrons, pour celles que procurent l'odorat et le goût.

En nous attachant plus particulièrement au toucher, on voit qu'il se perfectionne beaucoup par l'habitude : quelques amateurs de sculpture jugent mieux, en effet, de la beauté des formes par la main que par l'œil. Le sculpteur *Ganibasius*, ayant perdu la vue, ne renonça point à son art ; en touchant des statues ou des corps vivans, il savait en saisir les formes et les représentait fidèlement. L'on voit d'ailleurs des aveugles qui semblent se rappeller et se peindre vivement tous les objets, par des circonstances uniquement relatives aux impressions du tact. *Kaw-Boerhaave* pouvait distinguer un air en touchant de la main l'instrument sur lequel on le jouait, et le suivre aussi parfaitement qu'il l'aurait fait avant que de perdre l'ouie. Quoi de plus commun enfin que ces aveugles qui parviennent à reconnaître les couleurs, au moins tant qu'elles sont factices, par les seules impressions du toucher ?

Venons maintenant aux *variétés accidentelles.* Les dérangemens maladifs dont les nerfs sont susceptibles, peuvent se rapporter à deux séries : les uns tiennent à une anomalie de sensibilité ; ce sont des affections douloureuses connues sous le nom de *névralgies*, maladies bien connues dans leur nature, surtout d'après les travaux de MM *Pinel* et *Chaussier* ; caractérisées par une douleur vive dans un tronc, une branche ou un rameau nerveux ; quelquefois bornées à l'une ou à l'autre de ces parties ; d'autres fois étendues jusqu'aux dernières ramifications, et se propageant ainsi d'une manière successive ou instantanée ; offrant, eu égard au nerf qu'elles affectent, une foule de variétés non également communes, et dont le nombre a été augmenté par M. le professeur *Chaussier*, qui a observé celles qu'il nomme *ilio-scrotale* et *plantaire.* Les autres dérangemens tiennent à une anomalie dans les fonctions des nerfs, et portent sur les sensations qu'elles ne dérangent guère qu'en les diminuant ;

d'où résultent les *paralysies du sentiment*, qui, du reste, peuvent être *cérébrales*, *rachidiennes* ou *nerveuses*, et constituer dans le premier cas ou une *paralysie générale* ou une *hémiplégie*, qu'on distingue suivant qu'elle affecte toute une moitié latérale du corps, ou seulement le membre supérieur d'un côté et inférieur de l'autre ; en *hémiplégie proprement dite* et *hémiplégie croisée*. Dans le second cas, une *paraplégie* ou *paralysie transversale du corps ;* dans le troisième cas, elle se borne souvent à quelques parties, et ne fait même quelquefois qu'en diminuer la sensibilité.

On pourrait cependant rapporter ici l'extrême susceptibilité de certains individus ; état qu'on pourrait aussi bien attribuer aux organes qu'aux nerfs. C'est ainsi que le chatouillement pour quelques personnes, le contact de corps doux, comme du velours pour quelques autres, déterminent des sensations très-désagréables. *Haller* cite l'exemple de quelques hypochondriaques chez lesquels le bruit de la scie produisait des effets semblables. Rarement il y a perversion dans la sensibilité.

Ayant examiné les sensations générales comme fonction des nerfs, jetons maintenant un coup-d'œil rapide sur les différentes hypothèses émises pour en donner l'explication.

Hippocrate dit fort peu de choses et rien de bien certain à cet égard. Il s'exprime ainsi : « (περι οσεων φυσιος, p. 277, sect. 3), τα « οσεα, τω σωμαΐι φάσιν καὶ ορθοτήΐα, καὶ εἴδος περέχον· τα νευρα, κάμψιν, « καὶ ξυνΐασιν, καὶ ἔκτασιν ». Il confondait donc les nerfs avec les muscles, les tendons et les ligamens. Il le faisait aussi à l'égard des artères et des veines ; car il dit qu'ils portent πνεῦμα, καὶ ρεῦμα, καὶ κινησιν. Cependant, au rapport de *Galien*, il désignait plus particulièrement les nerfs sous le nom de τονοι, et cherchait à expliquer leurs fonctions au moyen des *esprits animaux* qu'ils transmettaient aux différentes parties.

Après lui, les anatomistes grecs, sans mieux expliquer leurs fonctions, ont distingué dans les nerfs trois sortes de parties que l'on

confondait avant, savoir : les *nerfs proprement dits*, appelés νευρα, les *tendons* nommés τενοντες, et enfin les *ligamens* συνδεσμοι.

Quelques médecins peu nombreux ont ensuite regardé la *pie-mère* comme étant le siége des sensations.

Sthaal et ses sectateurs, en admettant l'existence de ce principe, qu'ils appelaient *anima sensitiva*, *vis abdita*, ont dû évidemment ramener les sensations au siége qu'ils lui supposaient. *Platon*, *Aristote*, *Hérophile*, *Erasistrate*, avaient de même placé dans le cœur le siége des sensations.

Lecat regarde la trachée-artère comme le canal de communication au moyen duquel le fluide vital pénètre avec l'air dans les poumons, et c'est en conséquence à la respiration qu'il attribue son renouvellement continuel. Ce fluide pénètre le sang qui aborde au poumon, le cœur le pousse partout et surtout au cerveau, qui est son filtre naturel, et où il est contenu dans une espèce de *lac*, dont la moelle épinière est le principal canal, et les nerfs autant de conduits secondaires qui arrosent et vivifient toutes les parties. Dans les muscles, ce fluide, lié avec la liqueur qui les arrose, forme le *fluide moteur;* dans les organes du sentiment lié avec la substance immatérielle et pensante, il constitue l'*ame sensitive*.

C'est une opinion semblable qui a conduit M. *de Bonald* (du Divorce considéré au 19.e siècle, disc. prélim.) à regarder l'homme comme *une intelligence servie par des organes*.

Galien a beaucoup étendu l'influence des *esprits animaux* admis avant lui.

Quelques autres, tout en regardant le cerveau comme le siége des sensations, ont fait jouer un grand rôle à la *vibratilité des nerfs*, les regardant comme des cordes tendues, droites ou spirales, disposées à vibrer sous l'influence des sens ou du cerveau; mouvemens qui ne faisaient, selon quelques-uns, qu'aider la circulation des esprits animaux.

Suivant l'hypothèse de *Leibnitz*, qui admet une *harmonie pré-*

établie, il n'y a aucune influence de la substance du cerveau sur celle des nerfs, mais seulement rencontre de deux actions, dont l'une est corporelle et l'autre spirituelle.

Un philosophe moderne a prétendu expliquer tous les phénomènes de la physique par l'Ecriture-Sainte (Nouv. Essais de Phys. prouvés par l'expérience et confirmés par l'Ecriture-Sainte, à Paris 1701). Il en a fait de même à l'égard des sensations: l'ame sensitive des animaux, dit-il, est une lumière dont les rayons ont été rapprochés proportionnellement, et imprimés du caractère qu'il a plu à la Toute-puissance de leur donner pour constituer chaque animal en particulier. Il se trouve fondé sur ce passage de l'évangile, selon S. Jean : « *In ipso vita erat, et vita erat lux hominum* ».

Une autre opinion à laquelle a donné lieu la découverte dans les nerfs des cavités que *Lewenoeck* dit avoir vu avec ses excellens microscopes, est celle d'après laquelle on considère les nerfs comme laissant circuler dans leur intérieur un fluide particulier duquel dépendent toutes leurs fonctions. Ce *fluide nerveux*, qu'on s'est d'abord contenté d'admettre, a été ensuite doué d'une mobilité surprenante, et c'est au moyen de son flux et reflux que quelques-uns ont voulu expliquer ses fonctions. D'autres l'ont supposé doué d'une élasticité parfaite. Quelques-uns lui ont donné les qualités de la lumière, du feu, de l'air. On a encore prétendu que ce fluide, tirant sa source du sang, remplissait ses fonctions par une sorte de circulation dans les nerfs; et pour empêcher un fluide aussi subtil de s'échapper, *Vieussens* découvrit sur-le-champ des *vaisseaux névro-lymphatiques*, que jamais on n'a vus depuis.

Quant à la nature de ce fluide, les uns l'ont dit *aqueux*, et *Haller* dit à ce sujet (p. 197, sect. 5, lib. 10, t. 4) : « *Ego quidem « nullum unquàm humorem qui mereatur nominari, tot in expe- « rimentis, inque nervorum vulneribus et ligationibus vidi* ». Ce dernier cependant, avec *Gaubius* et d'autres grands physiologistes, a penché pour l'admission d'un *fluide éthéré* que *Newton* admettait aussi; mais, tous retenus par des difficultés dont ils n'ont pas vu la solu-

tion, entravés surtout par la secrétion du fluide, ils n'ont fait que quelques pas mal assurés.

D'autres, comme *Sauvages*, ont donné à ce fluide une nature *électrique ;* d'autres enfin l'ont regardé comme *galvanique*.

C'est, au reste, à cette influence des nerfs que se rapportent l'*archée* de *Vanhelmont*, le *principe vital* de *Barthez*, la *force vitale* de quelques autres, etc. etc.

Les modernes, par cela même que le vague des opinions a régné et règne encore aujourd'hui sur cet objet, conviennent avec franchise de leur ignorance à cet égard.

Outre les fonctions des nerfs que nous venons d'énumérer, on leur a aussi fait jouer un grand rôle dans les sympathies. Sans vouloir réfuter aucune des opinions émises pour expliquer ces dernières, nous allons les passer rapidement en revue : 1.° La plus ancienne est celle par laquelle on a voulu tout expliquer par la *continuité des organes*. 2.° Celle de *Galien* est relative aux *anastomoses des vaisseaux*. 3.° *Bordeu* a tout accordé aux *communications celluleuses*. 4.° *Willis*, *Vieussens*, *Scarpa* ont fait jouer un grand rôle aux *communications nerveuses*, en disant qu'elles avaient lieu au moyen du grand sympathique, des anastomoses entre les nerfs du même système, et entre les ramifications d'un même tronc. Cette opinion, qui a plus rapport à notre objet, quoique défectueuse comme les autres, est cependant de toutes la moins invraisemblable, à cause des nombreuses ramifications que ces nerfs s'envoient réciproquement. 5.° *Whytt* a tout accordé à l'*influence cérébrale*, et ne considère que les sympathies dans lesquelles le cerveau est pour quelque chose. 6.° *Haller* admet toutes les opinions émises avant lui, et y ajoute encore des sympathies par *analogie d'organisation et d'usage*. 7.° *Barthez* complique encore cette dernière. 8.° Enfin quelques modernes, tout en convenant de l'impossibilité d'expliquer les sympathies, ont cependant cherché à se rendre raison de celles qui influent sur la sensibilité animale, en admettant avec quelques-uns une *aberration du principe sentant ;* avec *Grimaud*,

une *association d'idées ;* avec quelques autres, une *influence directe de la partie affectée sur celle qui ne l'est pas.*

Ces explications sont toutes plus ou moins défectueuses ; aussi, de nos jours, regarde-t-on les sympathies comme inexplicables. On se contente de les observer et d'en tirer, pour la connaissance et le traitement des maladies, tous les avantages qu'elles peuvent offrir.

CHAPITRE II.

Sensations spéciales.

Les impressions qui en sont la base sont reçues par des organes particuliers et appropriés à chacune d'elles ; ce sont les *organes des sens proprement dits.*

Suivant les anciens, les sens sont au nombre de cinq : la *vue*, l'*ouie*, l'*odorat*, le *goût* et le *toucher.*

Hippocrate, *Alcmœon* et les autres philosophes de ce temps, les connaissaient en général fort peu : ils ne parlaient guère que de l'ouïe, de l'odorat et de la vue, sur lesquels ils avaient des idées fort erronées, confondant, comme nous l'avons déja dit, une foule d'autres systèmes avec le nerveux.

Aristote (hist. anim. lib. 1, cap. 21), présente des idées plus exactes sur les sens. Il en émet de fort nettes sur l'ouïe ; il dit quelque chose à l'égard du nez ; il parle de la *chair*, et à son occasion présente quelques idées relativement au toucher et au goût ; il en est de même à l'égard de l'œil ; mais il ne donne aux nerfs aucune part dans les fonctions des sens.

Galien les décrit en général assez exactement, mais parle peu du toucher.

Après ces diverses opinions, il en a régné d'autres plus ou moins exactes, mais qu'on a successivement améliorées jusqu'à celles adoptées de nos jours, et auxquelles nous apporterons quelques légères modifications.

D'abord nous limitons les sens à quatre. Le toucher en est exclu, comme nous l'avons déjà dit ; il ne réside, en effet, que dans des organes doués de sensibilité générale, et seulement dans ceux où elle est plus exquise, tandis que, pour les sens proprement dits, il y a des nerfs d'une nature particulière sur lesquels nous allons bientôt diriger nos regards. Le toucher d'ailleurs n'a pas, comme tous les autres sens, un agent unique sous l'influence duquel il entre en action : en effet, la lumière, les sons, les odeurs, les saveurs, sont des excitans qui n'affectent respectivement que les organes qu'ils sont destinés à mettre en action, et ne produisent aucun effet sur tous les autres, pas même sur ceux doués de sensibilité animale générale. Les excitans du toucher, au contraire, affectent non-seulement tous les organes doués de sensibilité générale, mais encore leur grand nombre prouve qu'il n'y a vraiment pas une sensation spéciale, et qu'en conséquence le toucher ne doit pas être mis au nombre des vrais sens, comme on l'a toujours fait.

Au reste, les sensations qu'il nous procure, quoique très-essentielles pour la connaissance des propriétés physiques des corps, nous servent rarement à les caractériser. Ces propriétés caractéristiques se tirent plutôt des impressions reçues par les organes doués d'une sensibilité spéciale, en un mot, par les véritables sens. Toutes ces raisons sont donc suffisantes pour isoler le toucher des sensations spéciales, et le reléguer, comme nous l'avons fait, dans les sensations générales.

Buisson, considérant les sens sous le rapport de leur fin et sous celui de la nature de leurs phénomènes, les distingue (Div. la plus nat. des phén. phys. consid. chez l'hom.) en sens *nutritifs* et sens *intellectuels*. Les fonctions des premiers sont, comme il le dit, vraiment *exploratrices*, et précèdent celles dites *préparatrices* et *nutritives*.

Les sens, envisagés d'une manière générale, ont des caractères communs assez nombreux. Ces caractères, comme le dit *Buisson*, se voient : 1.° dans la disposition et la conformation des organes;

2.° dans le mode général de fonctions ; 3.° dans le but commun auquel tous tendent par leurs phénomènes.

1.° Tous les organes des sens sont en rapport avec le cerveau, par le moyen de nerfs plus ou moins volumineux. Tous occupent la région la plus élevée de l'homme. *Cicéron* dit à cet égard (*de Nat. Deor.*) : « *Sensus autem, interpretes ac nuntii rerum, in* « *capite, tanquàm in arce, mirificè ad usus necessarios et facti* « *et collocati sunt.* » Ils sont, du reste, tous dans une symétrie exacte, remplacés dans leurs fonctions par leurs semblables, et recouverts par une membrane muqueuse.

2.° Tous sont actifs ou passifs dans leurs fonctions. *Sthaal* a dit : « *Anima..... sensoriis organis verè activè excubias agit.* » Du reste, ils sont soumis à l'intermittence et à l'harmonie d'action, à l'influence de l'habitude et de l'éducation.

3.° Enfin, leur but commun est de nous mettre en rapport avec les êtres qui nous environnent.

Si les sens se rapprochent sous les différens points de vue que nous venons d'indiquer, on les voit néanmoins différer sous d'autres. Ainsi :

1.° Sous le rapport des organes auxquels ils appartiennent : ces organes, en effet, très-compliqués pour la vue et l'ouïe, sont très-simples pour les autres. D'ailleurs il en est qui peuvent à volonté se soustraire à l'influence de leurs excitans, comme la la vue et le goût ; d'autres enfin peuvent s'accommoder à l'intensité et à la quantité de leurs excitans, comme la vue et l'ouïe.

2.° Sous le rapport de leurs excitans qui, pour la vue, l'ouïe et l'odorat, ne sont que des propriétés transmissibles des corps, et qui, au contraire, agissent immédiatement sur les organes pour le goût.

3.° Enfin, sous le rapport des sensations qui en résultent et qui sont plus spécialement intellectuelles quand elles nous viennent de la vue et de l'ouïe, ou destinées à nous faire juger des qualités des

substances qui doivent nous nourrir, quand elles arrivent par le goût et l'odorat.

Les nerfs qui sont destinés aux sensations spéciales n'ayant pas encore été étudiés d'une manière isolée, c'est sur leur examen général que nous allons nous étendre en ce moment, en ayant soin de le limiter le plus possible.

Nerfs doués de sensibilité animale spéciale.

Considérons leur *conformation*, leur *organisation*, leurs *propriétés*, leurs *fonctions* et leurs *variétés*. Delà le sujet de cinq articles.

ARTICLE I.

Conformation.

La symétrie est un de leurs attributs les plus essentiels. C'est surtout avec le volume du cerveau qu'ils se trouvent en rapport, et par conséquent avec les facultés intellectuelles.

Ces nerfs sont, comme les sens, au nombre de quatre : l'*olfactif* ou *ethmoïdal*, l'*optique* ou *oculaire*, l'*auditif* ou *labyrinthique*, et enfin la portion molle qu'on observe sous les tri-jumeaux, et qu'on peut appeler le *gustatif*.

Considérons pour chacun de ces nerfs leur origine, leur trajet et leur terminaison.

§. Ier *Origine.*

Suivons, comme nous l'avons fait pour les autres nerfs, MM. les docteurs *Gall* et *Spurzheim*.

Or, les nerfs des sens, comme tous les autres, naissent primitivement de la substance grise ou corticale, et sont renforcés dans leur trajet par des filamens émanant de la même substance qu'ils peuvent ensuite rencontrer. Leurs filets, du reste, ne s'entre-croisent pas

comme ceux des nerfs dont nous avons parlé ; ils en restent manifestement distincts, derrière le pont de Varole, comme nous l'avons fait entrevoir. Pour plus d'exactitude, examinons chaque nerf en particulier.

1.° Le *nerf olfactif* n'a pas encore été suivi jusqu'à la moelle épinière ; cependant MM. *Gall* et *Spurzheim* présument qu'il naît des *tubercules quadri-jumeaux antérieurs (testes)*, surtout pour sa racine externe, qu'ils voient ensuite se diriger sous le *corpus geniculatum internum*, en le croisant et se portant en avant dans la direction du nerf olfactif lui-même ; mais ils n'ont encore pu en voir la continuité.

2°. Le *nerf optique* a ses racines dans les *tubercules quadri-jumeaux*, et surtout dans les postérieurs (*nates*). Delà elles se rendent au *corpus geniculatum externum*, passent sous les couches optiques sans en recevoir aucun filet.

3.° Le *nerf acoustique* est formé des fibres de derrière le pont de Varole, et renforcé par d'autres qui naissent transversalement sur le *corps rétiforme* de la moelle allongée, appelé autrement, *processus cerebelli ad medullam.*

4.° Quant au *nerf gustatif*, il n'y a encore rien de bien connu à son égard. *Bichat* seulement dit : lorsqu'on renverse de dedans en dehors le faisceau aplati des filets des nerfs tri-jumeaux et le renflement auquel ils se terminent, on voit, comme l'a fait observer *Prochaska*, entre eux et le rocher, des filets au nombre de cinq ou six, remarquables : 1.° parce qu'ils sont étrangers au bulbe d'où les autres naissent ; 2.° parce qu'ils sont plus gros, plus mous et souvent même plus blancs ; 3.° parce qu'ils ne s'unissent point au renflement, en restant sans doute distincts en dedans, et vont ensuite avec le maxillaire inférieur gagner le trou rond, et probablement fournir à la langue les nerfs qui en font l'organe du goût. Quel est, au reste, leur mode précis d'origine ? Il nous est encore entièrement inconnu.

Du reste les nerfs dont nous nous occupons ont la plupart des *commissures*. Les nerfs olfactifs paraissent en avoir une entre les tubercules quadri-jumeaux qui leur servent, en quelque sorte, de ganglions, à moins encore qu'on ne veuille regarder comme telle, la commissure antérieure du cerveau qui s'unit évidemment aux olfactifs dans les animaux. A l'égard des optiques, on se demande si leur décussation est une commissure? *Haller* nous dit, à cet égard (t. 5, sect. 2, p. 349) : « *Pro decussatione piscium exempla sunt « et cancelli eremitæ. Nam et ipse variis in piscibus sinistrum « nervum opticum dextro imponi, et absque misturâ ullius fibræ « ad dexterum oculum ire : sic dexterum, sed inferiori loco situm, « in sinistrum continuari vidi* ». Il en donne ensuite des exemples, puis il continue : « *Sed omninò contra eam hypothesin plurima et « antiqua et nova exemplà morborum militant. Ita in vesalianâ « historiâ dexter oculus et ante conjunctionem tenuior fuit justò « et post eam, cùm sinister integer esset*». *Césalpin*, *Sanctorinus*, *Bertrandi*, etc., ont observé une foule de cas analogues; de sorte que rien n'est encore certain sous ce rapport; cependant nous pencherions volontiers pour l'admission d'une simple commissure.

La commissure des nerfs auditifs est à la partie inférieure et postérieure de la protubérance annulaire; on la voit souvent à nu dans beaucoup d'animaux; mais chez l'homme elle est cachée par le pont de Varole.

Enfin y a t-il une commissure pour les nerfs sensitifs du goût? C'est une question à résoudre et sur laquelle on n'a encore fait nulle recherche.

Tel est, d'une manière générale, le mode d'origine des nerfs des sens. Quant à la manière dont les membranes du cerveau se comportent à leur égard, elle est à peu-près la même que pour les autres nerfs; seulement il y a des particularités pour quelques-uns. Ainsi pour la dure-mère, elle se comporte, à l'égard du nerf optique de la manière suivante : elle se continue sur lui, en l'enveloppant jusqu'à la sclérotique, avec laquelle elle s'identifie.

L'arachnoïde et la dure-mère n'offrent rien de particulier; seulement la première s'étend un peu plus sur le nerf optique.

Enfin, relativement au trajet de ces nerfs avant de sortir du crâne, il est, en général, assez considérable, et leur direction n'a rien de remarquable.

§. II. *Trajet.*

1.° Les dispositions que les nerfs dont nous nous occupons présentent à leur sortie du crâne, diffèrent manifestement de celles que présentent les nerfs doués de sensibilité animale générale, en ce que les troncs de ces derniers ont de fréquentes communications par l'intermède de leurs branches, tandis que les nerfs destinés aux sens ont une existence isolée, et que les seules communications qu'on observe quelquefois n'ont lieu qu'entre les branches d'un même tronc. Cela est évident pour tous, si ce n'est pour le gustatif, sur les branches duquel il n'y a encore rien de bien certain, mais qu'on peut néanmoins, avec beaucoup de probabilités, ranger, sous le rapport qui nous occupe, avec les nerfs dont nous parlons. Il est évident, d'après cela, qu'il n'y a point de plexus, comme on en observe tant dans les autres nerfs; chaque nerf a, pour ainsi dire, une existence isolée.

2.° Il n'y a point non plus de communications intérieures; c'est une particularité de leur structure, dont nous parlerons plus tard.

3.° Ils ont, en général, des troncs, des branches et des ramifications assez nombreuses: l'optique seul fait exception.

Ces ramifications, du reste, partent à angle aigu, ont des lieux de division assez fixes, sont en général peu longues et non constamment accompagnées de vaisseaux sanguins.

§. III. *Terminaison.*

Il n'y a jamais d'anastomoses, mais toujours terminaison aux organes où ils se rendent, par *pulpe* ou *papilles*. Examinons-la dans chacun des nerfs.

1.° On se demande encore comment se terminent les filets nerveux de l'olfactif? On a cru long-temps que les *villosités* apparentes sur la pituitaire macérée en étaient les extrémités; mais rien ne prouve cette opinion : on voit les nerfs former un réseau sur cette membrane, et on ne peut les suivre jusqu'à la surface villeuse.

2.° Le nerf optique, aussitôt après son entrée dans l'œil, donne, dans tout son contour, naissance à la *rétine*. En est-elle un épanouissement? Quelques-uns le pensent; mais d'autres disent le contraire, se fondant sur ce que le nerf optique finit tout-à-coup après avoir traversé la choroïde, et offre un point blanchâtre assez large, que circonscrit de tous côtés la rétine, dont la couleur n'est évidemment pas la même que celle du nerf. D'ailleurs ce dernier forme, dans sa terminaison, un petit bourrelet saillant au-delà de la rétine. Ces différences, au reste, ne paraissent porter que sur la conformation; car, pour l'organisation, très-probablement la rétine est de même nature que la substance du nerf. C'est ce que prouve aussi l'action des réactifs. Du reste, elle recouvre la choroïde et s'étend jusqu'aux procès ciliaires, sur lesquels même elle se prolonge, comme on le voit par la macération.

3.° Le nerf auditif se termine au limaçon, au vestibule et aux canaux demi-circulaires. Cette terminaison, surtout dans les deux dernières parties, a beaucoup d'analogie avec celle du nerf optique : ses épanouissemens, en effet, ressemblent vraiment à la rétine; mais pour la branche du limaçon, elle se rapproche beaucoup du nerf olfactif, par le mode de séparation de ses filets, qui, du reste, sont aussi courts et aussi pulpeux que les précédens.

4.° Le nerf gustatif se termine à la langue de la manière que nous allons voir.

Trois sortes de *papilles* se distinguent à cet organe : les unes représentent un *V* par leur disposition ; ce sont de véritables glandes muqueuses dont on reconnaît même les conduits excréteurs. Les deux autres espèces d'éminences sont irrégulièrement disséminées dans les deux tiers antérieurs de la langue ; ce sont de vraies *papilles :* les unes *tuberculeuses*, soutenues par une partie plus étroite, blanchâtres, moins nombreuses et plus volumineuses que les autres, entre lesquelles elles sont disséminées ; les autres, *coniques*, plus petites, très-multipliées, serrées les unes contre les autres, et disposées plus régulièrement en arrière qu'en avant.

Ces différentes papilles sont-elles de même nature ? On l'ignore encore. Contentons-nous d'observer ce qui nous frappe, sans vouloir deviner ce qui nous échappe.

ARTICLE II.

Organisation.

Un tissu propre et des parties communes concourent à former les nerfs dont nous nous occupons.

A. *Tissu propre.* Ces nerfs ne sont pas, comme nous l'avons vu pour les autres, formés d'un certain nombre de filets, mais seulement de stries médullaires séparées par des lames extrêmement minces, qui sans doute dépendent du névrilème. Ils ne paraissent point avoir dans leur intérieur cet entrelacement que les nerfs précédens nous ont présenté d'une manière si évidente. Le nerf optique, quoique présentant de petits canaux dans toute son étendue, offre dans sa partie postérieure des cordons qui ne sont point distincts. On fait la même observation à l'égard des nerfs olfactifs, et sans doute qu'il en est de même pour les auditifs et gustatifs.

Il n'y a donc point dans ceux qui fournissent des branches, c'est-à-dire dans tous excepté l'optique, un isolement de filets névrilématiques, comme on le voit pour les autres nerfs; mais seulement simple séparation de la substance médullaire; distribution qui, du reste, se rapproche assez de celle qu'on observe pour les artères, et peut, plus exactement que pour les autres nerfs, lui être comparée.

Ces nerfs sont néanmoins formés de *névrilème* et de *substance médullaire*.

1.° *Névrilème.* Il offre des particularités dans chacun de ces nerfs. L'olfactif, recouvert par la pie-mère d'une manière lâche, ne paraît pas en avoir; il n'en prend que dans les cavités nasales. L'optique en est évidemment dépourvu depuis son origine jusqu'à sa jonction avec celui du côté opposé; là il commence à en être entouré, et il en résulte, dit *Bichat*, des canaux que la substance médullaire remplit, et qui se prolongent jusqu'à la rétine. Le nerf auditif a aussi une texture toute particulière, et probablement elle a quelque analogie avec celle des précédens. Sans doute aussi qu'il en est de même à l'égard du gustatif.

Au reste, ces nerfs, en général, diffèrent des autres: 1.° parce qu'ils ont une espèce d'enveloppe névrilématique générale, munie seulement de simples cloisons, 2.° parce que la substance médullaire, surtout dans l'optique, est plus abondante et plus facile à obtenir, ses canaux étant plus larges; 3.° parce que ces canaux, pressés les uns contre les autres, leur donnent l'apparence, à l'intérieur, d'un corps continu; mais, en le fendant longitudinalement, on voit la substance médullaire simplement séparée par des cloisons.

Du reste, les origines du névrilème sont absolument les mêmes que pour les autres nerfs, et la manière dont il se comporte à l'égard de ceux qui nous occupent prouve surtout combien c'est à tort qu'on l'a regardé comme secrétant la substance médullaire.

2.° *Substance médullaire.* C'est elle qui constitue essentiellement le nerf, soit par sa quantité, qui est en général considérable, et qui, même dans les filets, l'emporte toujours sur le névrilème, soit par ses fonctions, qui sont des plus importantes. Elle est, du reste, entièrement analogue à celle du cerveau, et les expériences faites par *Bichat*, en établissant un parallèle entre ces deux substances, conduisent, dans ce cas, à les regarder comme identiques. Ainsi, dessiccation, putréfaction, action de l'eau bouillante, de l'eau froide, des acides, de l'alcool, des alcalis, des sels, des sucs digestifs, tout se ressemble.

La substance médullaire diffère-t-elle dans chaque nerf? Cette question peut se résoudre par l'affirmative. Il est certain, en effet, que la couleur, la consistance de la substance qui compose l'olfactif sont toutes différentes de celles qu'on observe dans la moelle, qu'on fait suinter par la pression de la partie antérieure de l'optique; celle de l'auditif et du gustatif ne ressemble nullement aux autres ni entre elles. Cette différence dans les organes en apporte-t-elle dans leur sensibilité, qui, comme nous le verrons, varie dans chacun d'eux? Il n'y a encore rien de certain à ce sujet; cependant il est fort probable, et même on peut affirmer que l'organisation des nerfs y influe pour beaucoup, et que chacun d'eux ne pourrait, en aucune manière, remplir les fonctions départies à d'autres.

B. *Parties communes.* 1.° *Tissu cellulaire.* Il est, en général, beaucoup moins abondant que pour les autres nerfs. Il n'a jamais servi à unir des filets, comme il le fait pour ces derniers; il se borne à l'extérieur, et encore est peu abondant. 2.° *Vaisseaux sanguins.* Ils diffèrent par leur disposition. L'optique est traversé, suivant son axe, par une artère qui lui laisse différentes branches. Dans les autres, les artères sont à l'extérieur et y envoient des rameaux. Les veines se comportent d'une manière analogue. 3.° *Exhalans et absorbans.* Il en existe comme pour les autres nerfs. 4.° Enfin y a-t-il des nerfs?

Il est encore plus difficile de les admettre que pour les nerfs généraux.

ARTICLE III.

Propriétés.

§. Ier *Propriétés de tissu.* Elles sont encore plus obscures que pour les autres nerfs. Ils diffèrent, sous ce rapport de ces derniers, en ce qu'ils ne s'allongent pas comme eux lors de leur section, et cela à cause de la non-existence ou du peu d'épaisseur de leur névrilème.

§. II. *Propriétés vitales.* La sensibilité est assez caractérisée dans ces nerfs : les excitans généraux opèrent sur eux des effets très-marqués. En résulte-t-il des douleurs plus ou moins vives, ou bien une impression analogue à celle qui a lieu lorsque les fonctions de ces nerfs sont en exercice ? Ces deux phénomènes ont sans doute lieu en même temps ; c'est ainsi, par exemple, qu'un coup sur l'orbite, qui détermine l'ébranlement du nerf optique, fait voir des bluettes. Ne serait-il pas possible, en conséquence, qu'une irritation quelconque des autres nerfs déterminât des phénomènes analogues ? que celle du nerf olfactif, par exemple, fît ressentir une odeur particulière, celle de l'auditif des sons, et celle du gustatif une sorte de goût ? Ce sont autant de questions qu'on pourrait sans doute résoudre par l'affirmative. Ces derniers phénomènes, du reste, ne peuvent avoir lieu que chez les individus dont les sens ont été en exercice.

La sensibilité générale étant peu vive dans ces nerfs, les propriétés qui en dépendent, comme la contractilité, la caloricité, la nutrition, sont elles-mêmes peu apparentes.

Les nerfs dont nous nous occupons n'ont évidemment aucune influence sur les sympathies des autres organes, et ce n'est nullement par leur moyen qu'on a voulu expliquer ces phénomènes encore incompréhensibles de nos jours. Mais ils ont entre eux des

sympathies qui leur sont propres, et qu'on observe même assez fréquemment.

1.° On voit souvent entrer en sympaphie deux nerfs d'une même paire. On cite fréquemment ces sortes de liaisons entre les deux optiques ; l'un étant troublé dans ses fonctions, souvent l'autre l'est aussi. On observe des phénomènes semblables dans les autres sens, quoique plus rarement, surtout pour les nerfs gustatifs.

2.° On voit assez souvent aussi deux nerfs du même côté entrer en sympathie; ainsi on a vu une cécité par affection du nerf optique à la suite d'une lésion du frontal, et il est fort probable que des phénomènes analogues peuvent se présenter à l'égard des autres nerfs des sens.

3.° Il n'y a pas de sympathies entre les branches d'un même tronc, ainsi que cela s'observe pour les autres nerfs : la plupart des branches sont, pour l'ordinaire, toutes affectées en même temps, et quand elles ne le sont pas, l'impression est absolument la même que dans le cas le plus ordinaire, seulement elle a moins de force.

4.° Enfin, on voit encore des sympathies entre les nerfs dont nous nous occupons et d'autres organes, et alors tantôt ils influencent, tantôt ils sont influencés. C'est ainsi qu'un embarras gastrique est souvent accompagné de nuages devant les yeux, d'obscurcissement de la vue ; et réciproquement qu'un état particulier de la vue, comme lorsqu'on tourne rapidement, est souvent suivi d'envie de vomir et du vomissement lui-même, etc.

§. III. *Propriétés de reproduction.* Elles existent comme dans les autres nerfs; mais elles sont rarement mises en jeu, en raison de la lésion presque impossible des nerfs des sens, au moins sans un désordre très-souvent mortel.

Article IV.

Fonctions.

Elles résident évidemment, comme nous avons eu occasion de le faire remarquer, dans la substance médullaire de chaque nerf. Ici, on n'a jamais accordé, comme on l'a fait pour les autres nerfs, la moindre fonction au névrilème ; sa disposition s'y oppose manifestement. Tout se borne donc à la sensibilité spéciale dont jouit cette substance, qui, du reste, donne aux organes des sens les facultés que nous allons leur reconnaître.

Ce serait nous jeter dans le vague des hypothèses, que vouloir expliquer comment se fait la transmission au cerveau des impressions reçues par les sens. Les explications données pour les fonctions des nerfs qui président au tact ont été appliquées ici, mais elles conviennent encore moins.

On peut, au reste, à l'égard des fonctions dont nous allons parler, se demander : pourquoi chaque organe des sens, et par conséquent chaque organe de transmission étant double, n'a-t-on qu'une seule impression? Cela dépend probablement des commissures que nous avons reconnues aux nerfs destinés aux sensations spéciales, commissures qu'il ne faut pas confondre avec l'entre-croisement. Cette opinion est beaucoup plus fondée que celle qu'on pourrait émettre, soit en faisant jouer un grand rôle à l'habitude, soit en faisant intervenir une harmonie d'action dont il faudrait ensuite rendre compte.

La sensibilité varie dans chaque nerf; elle le met dans un rapport spécial avec un genre particulier d'excitans; tous les autres ne l'affectent nullement, ou se bornent à mettre en jeu ses propriétés vitales. Ainsi la lumière pour l'œil, les odeurs pour le nez, les sons pour l'oreille, les saveurs pour le goût, sont des excitans particuliers et appropriés à chacun des sens.

Les fonctions variant dans chacun des nerfs, il nous les faut examiner en particulier.

1.° Le nerf olfactif donne aux parties où il se distribue la faculté de juger des qualités des corps connues sous le nom d'*odeurs*. Le sens, dont ce nerf forme la partie la plus essentielle, est, ainsi que le goût, placé au devant des voies digestives, pour juger de la nature et des qualités des substances qui doivent nous nourrir; aussi *Haller* nous dit-il *(de olfactu)* : « *Mihi quidem est quàm persuasissimum « nullum cibum salubrem esse qui fœteat. . . . . Contrà « non facilè insalubrem credunt cibum reperiri cui gratus odor « sit* ».

La membrane pituitaire, au reste, à laquelle le nerf se distribue exclusivement par une foule de rameaux, est la partie qui reçoit les impressions. Cette membrane n'est pas également sensible dans tous ses points, mais elle l'est surtout dans la partie où le nerf fournit un plus grand nombre de ramifications. Le nerf ensuite transmet au cerveau l'impression qu'il a reçue ; il ne transmet que celle-là seule, autrement ce sont ses propriétés vitales qui sont mises en jeu.

Cette opinion, admise depuis fort long-temps, n'a cependant pas été toujours celle que l'on a doptée : on connaît, en effet, celle des anciens, en vertu de laquelle ils pensaient que les odeurs pénétraient dans le crâne par la lame criblée de l'éthmoïde et allaient affecter le cerveau lui-même. Cette opinion, encore accréditée parmi le vulgaire, est entièrement rejetée par les physiologistes. Au reste, le mucus fourni par la pituitaire, en dissolvant et retenant le principe odorant, ne contribue pas peu à la perfection de ce sens.

Nous avons dit que ce sens était en rapport inverse avec le développement des facultés intellectuelles. Cela dément l'opinion de quelques auteurs et notamment de *Cardan*, qui (*de subtil. lib.* 13.) dit : « *Qui olfactu præstant sunt ingeniosiores, quia calida et sicca*

« *cerebri temperies olfactu præstat. Talis verò ad imaginandum* « *prompta et imaginum tenax ob siccitatem est* ». C'est aussi pour cela que les latins appelaient un homme d'esprit : *Vir emunctæ naris.*

Il est, au reste, quelquefois suppléé par le goût, et *Haller* nous dit, à cet égard (*de olf.*) : « *Gustus olfactui subvenit, si quandò deficit* « *ejus custodia* ».

Il est enfin actif ou passif, et c'est dans le premier cas qu'il constitue, comme on le dit, l'action de *flairer.*

2.° Le nerf optique est une des parties les plus essentielles à la vue, sens qui nous instruit de la présence des corps et des couleurs qui les embellissent, et qui fournit à l'intelligence un très-grand nombre de matériaux. C'est ce sens que *Buffon* regarde comme un *toucher lointain :* expression qu'on doit regarder comme purement métaphorique.

La rétine qui termine ce nerf, qu'elle lui soit ou non continue, n'a pas été reconnue de tout temps pour l'organe qui reçoit l'impression des rayons lumineux. On connaît, en effet, l'opinion de *Mariotte* et de *Lecat*, qui avaient accordé cette fonction à la choroïde, fondés sur la forme de l'œil, la manière dont le nerf optique y pénètre, et sur la non perception d'un rayon lumineux qui tombe sur le lieu d'insertion de ce nerf à la rétine, lieu où manque la choroïde. Mais l'analogie des autres sens, le peu de fondement de l'expérience sur laquelle ils s'étayaient, l'opacité de la rétine, la non-existence de la choroïde chez des animaux qui voient, membrane qui d'ailleurs ne reçoit des nerfs que des ganglions, sont autant d'objections qui forcent à rejeter cette opinion.

Il n'y a donc nul doute, et les modernes s'accordent généralement à reconnaître que la rétine est l'organe qui reçoit l'impression de la lumière et peut la conserver pendant un certain temps ; le nerf optique est ensuite chargé de transmettre au cerveau l'impression qu'il a reçue, et il le fait avec une telle rapidité, que ce dernier l'aperçoit presqu'au moment où elle a lieu.

Du reste, il y a deux états dans la vue : la *vision*, en effet, peut être *passive* ou *active ;* cette dernière est le *regard.*

3.° De même que le nerf optique pour la vue, le nerf auditif est la partie la plus essentielle et par conséquent la plus importante de l'ouïe ; sens au moyen duquel nous nous trouvons en relation avec des corps plus ou moins éloignés : grand moyen de communication de l'homme avec ses semblables, et source d'un grand nombre des matériaux de l'entendement.

On a regardé pendant un certain temps la *cloison fibreuse du limaçon* comme la partie de l'oreille affectée par les sons, la considérant comme composée de cordes tendues de différentes grosseur et longueur, et disposées à vibrer sous l'influence de tel ou tel son. Mais, en supposant cette opinion vraie, comment se fait la transmission des vibrations au cerveau ? on ne peut évidemment l'expliquer.

Il en est de même à l'égard de l'opinion de ceux qui considéraient les *anneaux osseux des canaux demi-circulaires* comme susceptibles de s'accommoder à l'intensité des différens sons. Mais cette opinion, à laquelle on pourrait d'ailleurs faire les mêmes objections qu'à la précédente, est encore plus invraisemblable.

Les modernes, fondés sur l'analogie que presentent les autres sens, regardent la pulpe du nerf auditif comme recevant l'impression des sons que le nerf lui-même transmet au cerveau pour être perçue et conservée plus ou moins long-temps. Cette pulpe, au reste, s'accommode à la multiplicité des sons, comme la rétine à celle des couleurs, et par l'habitude, elle parvient à en faire saisir jusqu'aux moindres différences. Il est inutile, par conséquent, pour expliquer ces phénomènes, de mettre la *membrane du tympan* ou la *cloison du limaçon* dans des états de tension plus ou moins fatigans et difficiles à se figurer, surtout pour cette dernière. La première seulement paraît s'accommoder à l'intensité des sons, et non à leur nombre quand ils sont également intenses.

Ce sens, au reste, est, comme tous les autres, susceptible d'un état *actif* et d'un état *passif*. Dans ce dernier cas, on *entend;* dans le premier, on *écoute*, c'est l'*auscultation*.

4.° Enfin, les nerfs gustatifs donnent aux organes du goût, espèce de toucher, la faculté de juger des qualités des corps connues sous le nom de *saveurs*. Ce sens, dont le mécanisme exige que les corps sur lesquels il s'exerce se trouvent naturellement à l'état liquide, ou soient ramenés à cet état par la mastication et l'insalivation, ou par cette dernière seulement, a son siége sur les papilles nerveuses de la langue, qui, dans le cas où l'on dirige son attention vers une saveur qu'on veut apprécier, sont dans une sorte d'érection qui constitue l'état actif du sens. Ces papilles ensuite transmettent aux nerfs dont elles dépendent les impressions qu'elles ont reçues, et ces derniers les portent rapidement au cerveau qui les reçoit.

Une foule de nerfs se rendent à la langue ; et les anciens s'accordaient assez généralement à dire que ceux de la neuvième paire étaient pour le mouvement, et ceux de la cinquième pour le sentiment. On trouve cette opinion dans *Galien* (*de usu partium* l. IX, p. 13); *Oribase*, *Vésale*, *Vieussens* la partagent. D'autres sont d'un avis entièrement opposé. Mais aujourd'hui on regarde le nerf lingual comme destiné à recevoir l'impression des saveurs, et par conséquent comme la continuation de la portion molle des tri-jumeaux, que nous avons désignée sous le nom de *nerf gustatif*. Il paraît aussi de plus, qu'il ne se distribue pas seulement à la langue, et que, si nous ne pouvons suivre ses branches dans d'autres parties, c'est faute de moyens convenables : en effet, on sait que, si la langue juge bien du plus grand nombre des saveurs, elle n'est pas cependant le seul organe qui soit susceptible de les apprécier. Ainsi les lèvres jugent de la saveur de l'ellébore, (*Grew*, Anat. plant. p. 224), le palais de celle de la belladone, la luette de celle de la pimprenelle (*Luchtmans*, p. 58), le pharynx de celle de l'absinthe (*Lecat*, p. 221). On trouve un appui à cette opinion dans les exem-

ples cités dans les Transactions philosophiques (n.° 464), les Ephémérides des Curieux de la nature (dec. 1, année 3.e), et les Mémoires de l'Académie (p. 8, 1718). On y voit des individus privés de langue, soit par vice de conformation, soit par des opérations, et chez lesquels cependant le goût existait.

Au reste, comme nous l'avons déjà dit, tous les sens ne tendent pas au même but, c'est en général à les diriger avantageusement et à en favoriser le développement que doit tendre la bonne éducation, sur laquelle nous aurons occasion de dire quelques mots plus tard.

Dans le sommeil, repos de tous les sens lorsqu'il est profond, ces derniers ne s'endorment pas tous à-la-fois. La vue, à l'abri des paupières, ne reçoit déjà plus d'impression, que les autres sens conservent encore leur sensibilité. L'odorat ne s'endort qu'après le goût; l'ouïe qu'après l'odorat; le tact qu'après l'ouïe, et même pendant le sommeil le plus profond, il s'exécute encore des mouvemens déterminés par un tact obscur. Si les sens ne s'assoupissent point tous à-la-fois, leur sommeil n'est pas non plus également profond. Le goût et l'odorat sont ceux qui se réveillent les derniers. La vue paraît se réveiller plus difficilement que l'ouïe; enfin le tact est évidemment plus facile à troubler dans son sommeil que l'ouie.

Art. V.

Variétés des Nerfs destinés aux sens proprement dits.

A. *Variétés générales.*

§. I. *Variétés relatives à l'Age*, ou *Développement.*

Ces Variétés s'observent pour chacun des sens; considérons isolément ces derniers et examinons pour chacun d'eux, l'état sous lequel ils se présentent chez le *fœtus*, l'*enfant*, l'*adulte* et le *vieil-*

lard. Du reste, attachons-nous spécialement à l'état des nerfs et des parties qui peuvent aider ou nuire à leurs fonctions.

1.° *État général de l'Odorat, et notamment des Nerfs olfactifs dans les différens âges.*

Dans le fœtus et l'enfant l'état de l'odorat est à-peu-près le même; il n'y a pas au moins de différences assez tranchées pour considérer ces deux époques d'une manière isolée.

Le nez alors présente à-peu-près la même conformation chez tous les individus; son aplatissement lui donne le caractère de ce qu'on nomme chez l'adulte *nez épaté*. Ses ouvertures, tant antérieures que postérieures, sont fort étroites; ces dernières ont, en outre, une extrême obliquité en avant et de haut en bas, direction fort avantageuse pour la succion. Les cavités sont, en général, peu développées; les sinus manquent; les cellules ethmoïdales n'existent pas; les cornets ont fort peu de largeur; la cloison est toute cartilagineuse; enfin la pituitaire est très-délicate, peu dense, ténue et vasculaire.

Les nerfs olfactifs forment un contraste frappant avec cette disposition; ils ont souvent un volume proportionnellement plus grand que les optiques, ou toujours au moins égal, ce qui ne se trouve nullement en rapport avec l'état des organes où ils se distribuent, et des fonctions auxquelles ils concourent. A quoi cela tient-il? On l'ignore entièrement; toujours est-il néanmoins que l'odorat est faible et peu développé au moment de la naissance; circonstance évidemment liée à l'inutilité des fonctions de ce sens pour un être qui trouve une nourriture toute préparée, et sur les qualités de laquelle il n'a aucune recherche à faire.

Dans l'enfance, l'influence de l'odorat est donc presque nulle; dans la vieillesse, comme nous le verrons, elle est faible. Son époque véritable est celle de la jeunesse, celle de l'amour: on remarque, en effet, une liaison intime entre l'odorat et les organes génitaux.

Au reste, à une époque plus ou moins avancée, le développement

des sinus donne à la face un aspect tout différent de celui qu'elle avait d'abord ; la membrane pituitaire se développe en même temps pour les tapisser.

Les choses marchent dans cet état pendant un temps plus ou moins long ; le sens augmente d'énergie, se perfectionne bientôt, et arrive à son plus grand développement dans l'âge adulte.

Dans la vieillesse, la pituitaire perd de sa rougeur et de sa mollesse ; elle devient moins sensible, soit que l'action du nerf olfactif diminue, soit que l'habitude ait usé sa sensibilité ; cependant l'odorat est un des sens qui restent avec le plus d'intégrité aux vieillards. C'est une remarque que l'on fait aussi à l'égard du goût, tandis qu'on voit la vue et l'ouïe se perdre plus promptement. On en trouve facilement la raison, quand on réfléchit que l'odorat et le goût sont des sens intimement liés aux fonctions nutritives qui restent presque seules aux vieillards.

2.° *Etat de l'Œil, et notamment de ses parties nerveuses dans les différens âges.*

Chez le fœtus, les yeux sont extrêmement développés ; cette précocité se retrouve dans le cerveau et l'organe de l'ouïe, comme nous le verrons, tandis qu'à la même époque, les organes du goût, et surtout de l'odorat, sont très-resserrés. Cette différence dans le développement tient à la diversité des fonctions auxquelles ces sens sont destinés. L'œil et l'oreille, organes de sensations purement intellectuelles, devaient nécessairement se trouver, dans leur développement, en rapport exact avec le cerveau, centre essentiel de l'intelligence et point de départ de toutes les réactions. Les sens de l'odorat et du goût tiennent davantage aux fonctions nutritives, et en suivent l'énergie par leur développement.

Sans nous arrêter minutieusement à l'état varié des différentes parties de l'œil, disons seulement que, dans le fœtus, les paupières sont entièrement fermées, et qu'en supposant même le contact de la

lumière, il n'y aurait vraiment pas de sensation; que la cornée, en général plus bombée, conserve long-temps cet état après la mort; que l'ouverture de l'iris, avant le septième mois, est bouchée par une membrane particulière, dite *pupillaire*, dont l'existence, après la naissance, peut être une cause de cécité.

Quant à la rétine, partie la plus essentielle dont nous ayons à parler, elle est beaucoup plus développée chez le fœtus que chez l'adulte; ses vaisseaux sont plus apparens et plus nombreux. Ce développement précoce est accommodé à l'exercice dans lequel doit entrer l'œil sitôt après la naissance. On ne peut, à cette époque, découvrir la lame mince de la rétine qui se porte aux procès ciliaires, tant sa ténuité est grande. On ne remarque jamais, comme chez l'adulte, ces plis qui, partant du nerf optique, se dirigent vers les procès ciliaires, et cela, en général, parce que la transsudation de l'humeur aqueuse qui les occasionne n'a pas lieu à cette époque. Il en existe cependant toujours un à côté et en dehors du nerf optique, résultat sans doute de l'organisation.

Quant aux humeurs, on voit la vitrée, et surtout l'aqueuse, plus abondante à cette époque, ce qui contribue sans doute à rendre en général la *myopie* l'attribut de la jeunesse.

Dans l'enfance se remarquent différens phénomènes. D'abord à la naissance, la membrane pupillaire, pour l'ordinaire, n'existe plus; les paupières s'entr'ouvrent et le libre passage des rayons lumineux permet une impression sur la rétine, impression assez vive et qui ne contribue pas peu, ainsi que l'excitation générale qu'éprouve l'enfant à sa naissance, à mettre en jeu différentes fonctions qui n'ont pas encore commencé, et à déterminer une activité plus grande dans quelques autres.

L'accroissement de l'œil, au reste, continue toujours ensuite; mais il est peu sensible, et cela à cause de son grand développement dès la naissance. Enfin, il a acquis tout le développement dont il est capable à l'époque où l'accroissement en hauteur est fini.

Dans l'adulte, l'œil nous offre peu de remarques à faire; tout ce que nous avons eu occasion de dire à son égard se rapporte surtout à cet âge. Seulement il y a des variétés, mais comme elles sont individuelles, nous y reviendrons plus tard.

Dans la vieillesse, la cornée peut, mais très-rarement, devenir osseuse; l'iris perd de sa dilatabilité; la choroïde devient moins noire, et quelquefois s'ossifie; la rétine se paralyse souvent; d'où l'*amaurose*, cause fréquente de cécité chez le vieillard, et souvent suivie d'atrophie du nerf optique quand elle est très-ancienne.

Les humeurs, au reste, diminuent de quantité, d'où la *presbytie*, commune aux vieillards; d'autres fois elles deviennent opaques, d'où la *cataracte* pour le cristallin, le *glaucôme* pour l'humeur vitrée, différentes affections alors incurables et purement l'effet du progrès de l'âge.

3.° *Etat général de l'Oreille, et notamment du Nerf auditif dans les différens âges.*

Dans le fœtus, ainsi que chez l'enfant, l'oreille, comme l'œil, est très-développée. Quelques-unes de ses parties ont, dès les premiers mois, un volume presque égal à celui qu'elles doivent toujours conserver. Les saillies et enfoncemens qu'on observe alors sur le rocher tiennent au développement précoce de différentes cavités qu'on rencontre dans son intérieur, développement lui-même dépendant des parties que ces cavités doivent loger.

Ainsi, abstraction faite de l'oreille externe, que forment la conque et le conduit auditif, et qui offrent des différences manifestes, mais peu essentielles à l'audition; abstraction faite aussi de l'oreille moyenne, que forment la membrane du tympan, remarquable par son extrême ténuité, les osselets aussi bien développés qu'à tout autre âge, le conduit d'*Eustache*, qui n'offre rien de particulier, les cellules mastoïdiennes, qui manquent entièrement, le trou ovale et le trou rond, qui sont comme dans l'adulte, à cela près, pour le der-

nier, d'une différence de position, la membrane muqueuse particulière, qui est rouge et très-mince; abstraction faite, dis-je, de toutes ces choses, on voit combien l'oreille interne, partie la plus importante de l'ouïe, est précoce dans son développement et solide dans sa structure.

Le vestibule, le limaçon et les canaux demi-circulaires font saillies à l'extérieur; delà la facilité de les suivre, et, à raison de l'état mou du tissu osseux, celle de les préparer.

Le conduit auditif interne est égal en largeur à celui de l'adulte. Du reste, comme nous l'avons dit, toutes ces parties sont accommodées au grand développement du nerf qui s'y distribue en renflemens et pulpe.

Au reste, on n'a, dans les premiers temps de l'existence, que des sensations générales qui ne sont nullement appréciées; mais le sens devient ensuite très-susceptible d'impressions, et c'est même cette grande sensibilité qui rend, chez l'enfant, le réveil si fréquent. Ce sens, au reste, sitôt qu'il peut apprécier les sons, est grandement utile pour la parole.

Dans l'enfance, les parties essentielles de l'oreille restent à-peu-près dans l'état où nous venons de les voir; seulement autour d'elles, d'autres, nullement importantes pour l'audition, se prononcent davantage, de sorte que les rapports changent en partie. L'oreille externe éprouve en elle-même des changemens plus marqués, et notamment le conduit auditif; mais ils ont peu d'influence sur la perfection du sens. Le développement des cellules mastoïdiennes qui donnent aux sons qui s'y répandent une intensité plus grande, est un des changemens importans qu'on observe dans l'oreille moyenne; la force plus grande qu'acquièrent les muscles des osselets et de la membrane du tympan est encore assez essentielle à noter.

Le labyrinthe, au reste, change peu; le limaçon se prononce davantage, et leur membrane commune devient un peu moins vasculaire.

Dans l'âge adulte, les nerfs, organes essentiels à l'audition, se présentent dans l'état sous lequel nous les avons examinés; il est par conséquent inutile d'y revenir.

Dans la vieillesse, il n'y a de remarquable que la diminution de sensibilité de la pulpe auditive, état qui détermine la surdité fréquente à cet âge.

4.° *Etat général du Goût, et spécialement des Nerfs gustatifs dans les différens âges.*

Ce que nous venons de dire pour l'odorat est entièrement applicable au goût, qui lui est exactement semblable, sous le rapport de son développement. Ainsi, nul dans le fœtus, il est faible dans l'enfant, à raison du peu de développement de la bouche; l'appétit alors est avide sans être éclairé et délicat. Quoique le goût se perfectionne avec l'âge, dans la jeunesse il cède encore le pas à des organes dont les sensations ont un tout autre prix, et dont l'influence sur l'économie est d'ailleurs bien plus étendue. *J. J. Rousseau*, qui si souvent a peint la nature avec une vérité inimitable, dit que la gourmandise appartient à l'âge qui précède l'adolescence. Mais ce n'est que dans l'âge mûr, lorsque d'autres appétits commencent à n'avoir plus le même empire, que l'on devient exigeant et recherché dans ses repas; et le véritable âge des *Apicius* est peut-être encore plus voisin de la vieillesse. En effet, alors, malgré que la sensibilité s'émousse, que les dents tombent, que la mastication soit imparfaite, et que, sous ce rapport, le goût soit détérioré, il est cependant du nombre des sens qui demeurent et attachent à la vie.

C'est, au reste, le sens dont on conserve le moins la mémoire. Rien de plus difficile en effet que de se rappeler ou d'imaginer un goût particulier dont on n'éprouve pas actuellement la sensation;

§. II. *Variétés relatives au sexe.*

Il est peu de différences essentielles à observer sous ce rapport. Cependant disons qu'en général les sens sont plus exaltés chez la femme, dont la constitution est, en quelque sorte, plus nerveuse que celle de l'homme. Cette sensibilité plus grande s'observe plus à l'égard de l'ouïe et de l'odorat qu'à l'égard des autres sens. Qui ne sait, en effet, que certains sons discordans ou d'une nature particulière, certaines odeurs peuvent déterminer la syncope ou diverses affections nerveuses chez la femme, phénomènes dans de telles circonstances extrêmement rares chez l'homme?

§. III. *Variétés relatives au Tempérament et à la Constitution.*

Elles sont en général fort peu essentielles; cependant les sens, comme on l'observe, sont plus exaltés chez les personnes dites *nerveuses*, et dans les variétés de tempérament qui peuvent s'y rapporter.

§. IV. *Variétés relatives aux Races.*

On en observe seulement pour quelques sens, et surtout à l'égard de l'odorat. Dans certaines races, en effet, et notamment chez les nègres, on remarque un grand développement de ce sens, dont l'activité est d'ailleurs en raison inverse de celle des facultés intellectuelles, raisonnement surtout applicable aux différens individus.

§. V. *Variétés relatives à l'Habitude.*

Il est bien reconnu qu'elle perfectionne tous les sens. Ainsi la vue, quand elle est exercée, acquiert plus d'énergie; on parvient à distinguer dans les couleurs des nuances qu'on méconnaissait, et à les

saisir avec plus de rapidité. Mais aussi, par un trop long exercice ou l'action trop vive de son excitant naturel, la vue s'affaiblit, s'altère ou se perd prématurément.

Il en est de même de l'ouïe, qu'un exercice fréquent met à portée de juger toutes les nuances et combinaisons du son qui constitue la *mélodie*, mais qu'altère une nature particulière de son; qu'un bruit très-fort émousse ou abolit complètement, comme cela s'observe surtout chez les artilleurs. L'*harmonie* ne demande qu'une oreille saine et juste pour être appréciée par tous les hommes.

A l'égard de l'odorat, l'habitude l'émousse, tout en permettant de mieux apprécier la force et la nature des odeurs. Du reste, elle nous fait un besoin de réitérer des impressions dont l'état social a seul constitué l'usage.

Enfin, à l'égard du goût, l'habitude suffit pour nous faire vaincre des répugnances assez grandes pour certains alimens. D'ailleurs, comme pour tous les sens, elle émousse la sensation et perfectionne le jugement; c'est surtout ce qu'on observe chez les individus qualifiés du nom de *gourmets*.

B. *Variétés individuelles.*

Elles sont assez nombreuses, examinons-les dans chaque sens en particulier.

1.° *Dans la vue.* Ce sont elles qui constituent tantôt de simples imperfections habituelles, connues sous les noms de *myopie* ou *vue courte*, de *presbytie* ou *vue longue*, et de *strabisme* ou *vue louche*, tantôt l'état avantageux de ce sens qui constitue la *bonne vue*.

La *myopie*, quoique accidentelle dans certains cas, comme lors d'*hydrophtalmie*, est le plus souvent *originelle*, et dépend d'une augmentation de force réfringente dans les parties que la lumière traverse, augmentation qui est elle-même due, tantôt à une

convexité trop grande de la cornée transparente, tantôt à celle du cristallin, tantôt enfin à une densité trop considérable des humeurs : elle peut venir aussi d'une faiblesse de la rétine, dont les signes se tirent de la dilatation de la pupille et de l'impossibilité de voir dans la nuit.

Quant à la *presbytie*, accidentelle chez les individus opérés de la cataracte, elle reconnaît pour cause immédiate, quand elle est *naturelle*, ou une diminution de quantité dans les humeurs de l'œil, ou un aplanissement de la cornée.

Le *strabisme* enfin a des causes qui le font dépendre, tantôt du globe de l'œil lui-même, tantôt des muscles qui le meuvent.

Dans le premier cas, il est dû ou à une force inégale dans la sensibilité des deux yeux, et, par conséquent, à un défaut d'harmonie entre les deux rétines (c'est le cas que *Buffon* a observé et fait connaître) ; ou à un vice dans le trajet des rayons lumineux, dû lui-même à une tache sur la cornée, ou à une déviation du cristallin qui n'est encore que présumée.

Dans le deuxième cas, il reconnaît pour cause la prédominance d'action d'un des muscles de l'œil, et surtout du droit externe ; résultat, tantôt de l'exposition oblique de l'enfant à la lumière, tantôt de la convulsion de ces muscles ou de la paralysie de ces mêmes organes.

Il est d'autres variétés *accidentelles*, et en quelque sorte *maladives*, qui tiennent à trop de vivacité ou de faiblesse, ou enfin à des anomalies dans la sensibilité de la rétine. Ce sont d'elles que résultent la *nyctalopie*, l'*éméralopie*, l'*amaurosis*, les *imaginations* de *Maître-Jean*, ou les *mouches volantes* de *Boerhaave*, ou encore la *berlue*.

2.° Dans l'ouïe, on observe beaucoup moins de variétés individuelles ; on y rapporte seulement certaines anomalies assez sin-

gulières, dont *Willis* cite deux exemples : c'est de n'entendre des sons faibles que lorsqu'en même temps il y en a de forts de produits, comme quand le tambour bat, ou que les cloches sonnent.

Il en est d'autres, au reste, desquelles dépend la fausseté de l'ouïe, souvent cause de celle de la voix, et dûe sans doute à un défaut d'harmonie entre les deux oreilles. Ce sens d'ailleurs est, comme les autres, susceptible d'exaltation, de diminution, ou même d'abolition et d'aberration.

3.° A l'égard de l'odorat, on voit sa *diminution* ou sa *perte totale*, ainsi que sa *dépravation* survenir d'une manière accidentelle dans certaines circonstances, comme chez quelques femmes chlorotiques. Quant à son *augmentation*, elle constitue quelquefois chez certaines personnes un état habituel ; d'autres fois elle dépend d'un état maladif, comme on le voit dans les fièvres adynamiques.

4.° Dans le goût enfin, les variétés sont presque infinies et relatives à certaines saveurs qui plaisent à quelques personnes, et sont pour d'autres un sujet de répugnance. Au reste, l'*exaltation* (dont nous ne connaissons pas d'exemples), la *diminution* ou même l'*abolition*, et enfin la *dépravation* de ce sens, sont rarement habituelles, et dépendent, au contraire, toujours de circonstances maladives.

SECTION II.

Des Idées.

C'est de toutes les sensations dont nous avons parlé que résultent ce que nous nommons *idées*.

Elles existent en nous, avons-nous dit, lorsqu'à l'occasion d'une

sensation, l'agent intérieur qui l'aperçoit rapporte ces changemens à l'objet qui les a produits.

A combien d'hypothèses et d'erreurs n'a-t-on pas eu recours lorsqu'on a voulu les expliquer?

Quelques philosophes anciens se sont imaginé que l'ame contenait originairement les principes de plusieurs notions ou doctrines. C'est ce que les Stoïciens appelaient *prolepses* et les mathématiciens grecs χοινας εννοιας. *Scaliger* les nommait *Zopyra*, *semen æternitatis*. Les Juifs ont une doctrine semblable qu'ils ont empruntée des Caldéens.

Aristote et ses sectateurs ne se sont servis d'aucun argument solide quand il s'est agi d'expliquer la cause efficiente des idées. De tous les objets sensibles, il s'échappe, disent-ils, une infinité de petites images qui entrent par les organes et parviennent jusqu'au cerveau, qui en tire copie. Cependant, c'est d'*Aristote* que nous vient ce grand axiôme : « *Nil est in intellectu*, « *nisi quod fuerit in sensu* » : que nous admettons encore aujourd'hui.

Pythagore, *Socrate*, *Platon* et toute l'académie, ont soutenu que nous apportions en naissant toutes nos idées, et qu'elles étaient nées avec nous et au-dedans de nous. *Proclus* soutint la même opinion, et ajouta de plus que nous avons des *idées éternelles et immuables*.

Quelques autres philosophes disent que l'esprit considère en lui-même tout ce qu'il est capable de concevoir et d'imaginer.

Abeilard, se fondant sur les paroles de *S. Paul*, qui portent, *que nous voyons par un miroir en cette vie*, a fait de l'expression de l'apôtre une hypothèse fort singulière. Il dit que tous les hommes ont un miroir dans la tête; que ce miroir est plus ou moins éclatant et nu, et retrace plus ou moins distinctement les objets et les idées. Le P. *Bouhours* (entretiens d'Ariste et d'Eugène sur le bel Esprit) a tâché de donner un air de vraisemblance à ce sentiment, en ajou-

tant qu'*Abeilard* a voulu dire que la bile, mêlée avec le sang, forme dans le cerveau une espèce de glace polie et luisante à laquelle la mélancolie sert de fond.

Le P. *Mallebranche* avance (Recherche de la Vérité, 3.e part., chap. 2) qu'il n'y a point d'idées dans les esprits créés.

Aujourd'hui il est évident que nous commençons par sentir, et que notre mémoire n'est qu'une sensation continuée. Un homme qui naîtrait privé de ses sens serait, s'il pouvait vivre, privé de toute idée. Les notions métaphysiques, les idées abstraites, ne viennent que par les sens. Comment, par exemple, mesurer un cercle ou un triangle, si on n'a pas vu et touché un cercle ou un triangle? Comment se faire une idée encore imparfaite de l'infini, qu'en reculant des bornes; et comment retrancher des bornes sans en avoir vu ou senti (*Voltaire*, Dict. phil.)?

D'ailleurs les idées abstraites, qui ne supposent hors de nous aucun objet matériel qui en soit le modèle, ou auquel on puisse le rapporter, ne sont que des façons dont notre agent intérieur envisage ses propres modifications, dont il choisit quelques-unes sans avoir égard aux autres.

Bonnet, *Condillac*, *Helvétius*, ont, au reste, porté cette vérité jusqu'au dernier degré de démonstration, mais les philosophes peuvent encore rester divisés sur quelques points. Les uns peuvent croire avec *Condillac* que toutes les déterminations des animaux sont le produit d'un choix raisonné, et par conséquent le fruit de l'éducation. D'autres peuvent penser, avec les observateurs de tous les siècles, que plusieurs de ces déterminations ne sauraient être rapportées à aucune sorte de raisonnement, et que, sans cesser pour cela d'avoir leur source dans la sensibilité physique, elles se forment le plus souvent sans que la volonté des individus y puisse avoir d'autre part que d'en mieux diriger l'exécution. C'est l'ensemble de ces déterminations qu'on a désigné sous le nom d'*ins-*

tinct, et qui appartient particulièrement au tact intérieur dont nous nous sommes occupés.

Les idées naissent le plus souvent à l'occasion des sensations présentes ; mais assez souvent aussi on voit la mémoire rappeler à l'ame des sensations passées, au sujet desquelles elle peut se former des idées : c'est en quelque sorte la *réflexion*. Rien ne favorise ce retour comme les lieux tranquilles où l'on peut se concentrer en soi-même ; où l'ame, nullement distraite par les objets extérieurs, se trouve aussi éloignée du tumulte des passions. C'est ce qui a fait dire à *Boileau* (Epît. 6) :

« ..... Pour animer ma voix,
« J'ai besoin du silence et de l'ombre des bois.
« Tantôt un livre en main, errant dans les prairies,
« J'occupe ma raison d'utiles rêveries.
« Tantôt cherchant la fin d'un vers que je construi,
« Je trouve au coin d'un bois le mot qui m'avait fui ».

Tous les mouvemens ou changemens que l'homme éprouve dans le cours de sa vie, dit *Mirabeau* (Syst. de la Nat., t. 1, p. 79), soit de la part des objets extérieurs, soit de la part des objets renfermés en lui-même, sont ou favorables ou nuisibles à son être, le maintiennent dans l'ordre ou le jettent dans le désordre, sont tantôt conformes, tantôt contraires à la tendance essentielle à cette façon d'exister, en un mot sont agréables ou fâcheux. Il est forcé par sa nature d'approuver les uns et de désapprouver les autres ; les uns le rendent heureux, les autres malheureux ; les uns deviennent l'objet de ses desirs, les autres de ses craintes.

On peut donc dire, en embrassant toutes les sensations sous le même coup-d'œil, qu'elles sont ou *pénibles*, ou *agréables*, ou *indifférentes*. Delà la distinction de la *douleur*, du *plaisir* et de l'*indifférence* ; sensations variées qui ne résident pas dans les organes qui les reçoivent ou les transmettent, mais uniquement dans l'ame, qui les perçoit. Du reste, on n'a pas encore pu les définir

avec exactitude ; seulement on s'est contenté de dire que le *plaisir* est une sensation qu'on veut retenir, la *douleur*, une qu'on veut éviter. L'*indifférence* n'est peut-être qu'un état imaginaire ou le *minimum* des deux états précédens, qui eux-mêmes ne consistent le plus souvent, lors surtout qu'une sensation leur donne naissance, qu'en une comparaison entre cette sensation et celles qui l'ont précédée. C'est à eux que se réduit en dernière analyse le sentiment de l'existence.

Le plaisir et la douleur concourent l'un et l'autre à la conservation de l'individu ; ils dépendent de la même cause, se correspondent toujours entre eux dans certains balancemens necessaires, et leurs phénomènes sont aussi essentiels à la sensibilité que ceux de la gravitation aux mouvemens des grandes masses de l'univers.

M. *Delaroche* (Anal. des Fonct. du Syst. nerv., pag. 109, Genève) divise les sensations en celles que nous desirons et en celles pour lesquelles nous avons de l'aversion. Les premières se distinguent en celles qui résultent de l'action des qualités que nous rapportons aux corps extérieurs, comme les couleurs, la figure, etc. ; puis en celles que nous rapportons au nôtre, comme le chatouillement, l'allégresse, le bien-être, etc. On peut nommer plus rigoureusement les premières *agréables*, et les dernières *voluptueuses*.

Les sensations pour lesquelles nous avons de l'aversion, sont ou *désagréables* ou *douloureuses*. On peut distinguer encore parmi elles certaines sensations que nous rapportons à des parties intérieures ; ce sont elles que nous nommons *angoisses*, et qu'on pourrait nommer sensations de *malaise*.

Cabanis reproduit à-peu-près cette opinion. Il admet une constriction et un relâchement dans les extrémités nerveuses ; ces mouvemens faibles produisent, dit-il, l'un le *malaise*, l'autre le *bien-être* ; quand ils sont prononcés plus fortement, c'est la *douleur* ou le *plaisir*. On sent évidemment, et au premier coup-d'œil, que le fond de cette opinion n'est qu'une hypothèse que de nos jours on

ne peut raisonnablement admettre ; aussi ne la discuterons-nous pas plus longuement.

Par ces deux états, la sensibilité veille partout et sans cesse à la conservation de l'animal, en l'avertissant des dangers qui le menacent et des avantages qu'il peut tirer de tout ce qui l'entoure.

Au reste, pour que les impressions aient leur plein effet, il est nécessaire qu'il y ait toujours un certain degré d'attention dans l'agent sensitif ; de sorte qu'il y a vraiment des *sensations actives* et des *sensations passives*, en admettant pour les premières une sorte de réaction de l'agent sensitif sur lui-même. C'est à leur sujet qu'on a dit que la nature et le genre d'esprit d'un homme se trouvent toujours renfermés dans la réponse à cette double question. De quelle tenue d'attention est-il susceptible ? Quels sont les objets qui fixent son attention ? C'est, au reste, l'attention qui nous donne le plus ou le moins d'aptitude à réfléchir, qui produit la justesse ou la fausseté de l'esprit, le rend solide ou frivole, profond ou superficiel, étend ou rétrécit la sphère de ses idées.

Le *bonheur*, dit *Mirabeau* (Syst. de la Nat., tom. 1, p. 146) est une façon d'être dont nous souhaitons la durée, et dans laquelle nous voulons persévérer : il se mesure par sa durée et sa vivacité. Le bonheur le plus grand est celui qui est le plus durable ; le bonheur passager ou de peu de durée s'appelle *plaisir ;* plus il est vif, plus il est fugitif, parce que nos sens ne sont susceptibles que d'une certaine quantité de mouvement ; tout plaisir qui l'excède se change dès-lors en *douleur*, ou en une façon pénible d'exister dont nous desirons la cessation. Voilà pourquoi le plaisir et la douleur se touchent souvent de si près.

Le plaisir immodéré est suivi de regrets, d'ennuis, de dégoûts. D'après ce principe, on voit que l'homme qui, dans chaque instant de sa vie, cherche nécessairement le bonheur, doit, quand il est raisonnable, ménager ses plaisirs, se refuser tous ceux qui pour-

raient se changer en peine, et tâcher de se procurer le bien-être le plus permanent.

Le bonheur ne peut être le même dans tous les êtres de l'espèce humaine ; les mêmes plaisirs ne peuvent affecter également des individus diversement conformés. C'est-là sans doute pourquoi la plupart des moralistes ont été si peu d'accord sur les objets dans lesquels ils ont fait consister le bonheur, ainsi que sur les moyens de l'obtenir. Cependant, en général, le bonheur paraît être un état durable ou momentané auquel nous acquiesçons, parce que nous le trouvons conforme à notre être. Cet état résulte de l'accord qui se trouve entre l'homme et les circonstances dans lesquelles la nature l'a placé, ou, si l'on veut, le bonheur est la coordination de l'homme avec les causes qui agissent sur lui.

Les idées que les hommes se font du bonheur dépendent non-seulement de leur tempérament ou de leur conformation particulière, mais encore des habitudes qu'ils ont contractées. *Hobbes* (Essai sur la Nat. hum.), dit : « Il est de la nature de tout être « corporel qui a souvent été mu de la même manière, de recevoir « continuellement une plus grande aptitude ou plus de facilité à « produire les mêmes mouvemens. »

C'est là ce qui constitue l'habitude, tant dans le moral que dans le physique, habitude qui souvent, au reste, produit des effets désavantageux pour les progrès des sciences, et c'est même ce qui a fait dire à *Cicéron* (*De Nat. Deor.*, lib. 2, cap. 2) : « *Assiduitate quotidianâ et consuetudine oculorum assuescunt animi, neque admirantur, neque requirunt rationes earum rerum quas vident.*

Au reste, le bonheur de chaque individu dépend de son tempérament cultivé ; la nature, à la vérité, fait les heureux ; mais la culture, l'instruction, la réflexion font, valoir le terrain que la nature a formé, et le mettent à portée de produire des fruits utiles.

Les hommes les plus heureux sont ceux qui ont une ame paisible, qui ne desirent que les choses qu'ils peuvent se procurer par

un travail propre à maintenir leur activité, sans leur causer des secousses trop importunes et trop violentes.

Venons maintenant aux diverses théories et distinctions qui ont régné sur le plaisir et la douleur. *Buffon* a dit, en parlant de la douleur, qu'elle était l'extrême du plaisir ; mais c'est une véritable erreur : car, 1.° des sensations très-légères sont souvent très-pénibles ; c'est ainsi qu'un chatouillement léger, le bruit de la scie ou de la lime, le contact du velours, sont pour quelques personnes une cause de sensations véritablement désagréables. 2.° Des sensations pénibles peuvent devenir indifférentes et même agréables. Qui ne connaît en effet l'exemple que *Desèze* rapporte d'un jeune homme qui, pour se procurer les jouissances les plus vives, s'étreignait fortement les membres et se suspendait souvent par l'un d'eux. Rien de plus connu aussi que l'exemple cité par *Chopard*, d'un jeune berger qui, épuisé par les excès de la masturbation, ne pouvait se procurer de jouissance qu'en se dilacérant le canal de l'urètre. 3.° On a vu des hommes être attaqués de convulsions chaque fois qu'ils tentaient de consommer l'acte vénérien ; la sensation qu'ils éprouvaient alors, quoique voluptueuse, n'en ébranlait pas moins les nerfs si vivement, que le ton des fibres était porté jusqu'au spasme le plus violent.

Bichat a voulu distinguer le *plaisir* et la *douleur* en *absolus* et *relatifs*. Le *plaisir absolu* est le résultat de l'appréhension des alimens ou des boissons, de l'accomplissement de l'acte générateur, lorsqu'on en a un besoin manifeste. Il rapporte à la *douleur absolue* le résultat de l'action d'un instrument qui déchire nos parties, d'une inflammation qui les affecte, et en général de toute action qui tend à les détruire ; dans ces dernières circonstances, il n'y a que les propriétés vitales mises en jeu dans nos différens organes, et les fonctions des nerfs n'y sont pour rien.

Le *plaisir* et la *douleur relatifs* résultent de l'action par simple contact de différens corps ; telles sont les sensations de chaud ou de

froid, suivant la manière dont l'un succède à l'autre, et celles qui précèdent et suivent certaines évacuations qui sont habituelles. L'introduction d'une sonde dans le canal de l'urètre, d'un pessaire dans le vagin est presque constamment douloureuse, au moins dans les premiers temps ; l'effet de l'émétique, au contraire, quand il est administré à propos, est presque constamment suivi d'un sentiment de bien-être marqué ; la vue d'une belle campagne est aussi une jouissance relative qui, comme toutes les autres de cette espèce, peut, par l'influence de l'habitude, être ramenée à l'indifférence.

Une telle opinion n'est pas exempte d'objections : il n'y a pas, en effet, de sensations tellement douloureuses qui ne puissent devenir indifférentes et même agréables ; le sentiment de plaisir, même absolu, varie beaucoup suivant l'état antécédent.

On pourrait, avec plus d'exactitude, distinguer le *plaisir* en celui que le besoin précède et en *accidentel*. Le premier consiste à condescendre au vœu de la nature. On y rapporte celui qui résulte de l'appréhension des alimens, de l'exercice de l'acte générateur, etc. Le second est celui qui résulte de la cessation d'une sensation désagréable, de l'impression d'une douce chaleur quand on a froid, et réciproquement. *Haller* nous dit à cet égard : « *Ista* (*voluptas*) *ex* « *interno creatoris animo missa nobis est conciliatrix ad ea officia* « *quæ vel nos ipsos sustentant, ut in edendo fit et bibendo : vel* « *genus humanum conservant, ut in venere.* » C'est aussi à l'occasion de ses effets qu'il nous dit encore : « *Exigua voluptas corpus* « *nostrum sustentat, magna destruit.* »

On peut aussi distinguer la *douleur* en celle par affection de nos parties et celle dépendante des circonstances antécédentes. La première rentre dans les propriétés vitales. Du reste, toute sensation trop vive est douloureuse. Mais que doit on penser de l'opinion de ceux qui disent que la *douleur* est *cet état dans lequel les nerfs sont rompus ou sur le point de l'être.* L'exposer ici, c'est la critiquer, et quoique *Boerhaave* dise : « *Dolent fibræ, quandò paneæ tensionem*

ferunt, quam multa ferebant », elle ne peut évidemment être appliquée à tous les cas.

La douleur, ainsi que le plaisir, ne sont guère éprouvés sans qu'on en témoigne la perception d'une manière quelconque, témoignage qui varie : 1.° quant à son intensité seulement, et abstraction de l'influence du courage et de l'habitude, suivant l'âge, le sexe, la constitution individuelle et le climat ; 2.° suivant la nature de l'organe affecté, et alors les variétés sont très-nombreuses ; 3.° enfin, suivant les excitans qui la mettent en jeu ; ainsi la douleur déterminée par l'action déchirante de certains corps s'exprime, en général, par des *sons aigus*, tandis que celle déterminée par l'action cautérisante de certains autres, s'exprime par des *sons graves*.

Le rire, le sourire, l'épanouissement des traits de la face sont, au contraire, les signes du plaisir, dont les impressions contribuent à maintenir et à augmenter la quantité de la vie, qui se trouve d'ailleurs, quand elle est chancelante, soutenue et relevée par les impressions de la douleur : « *Dolor amarissimum naturæ pharmacum « ægro de vitâ prospicit* », dit *Sydenham*.

La douleur détermine, en général, des effets très-variables; plus ils sont prompts, moins ils sont graves. On voit des syncopes, des vomissemens, d'autres évacuations, et surtout l'écoulement des larmes, survenir fréquemment lorsqu'elle est perçue. Un plaisir vif et inattendu détermine des phénomènes semblables. Le plus souvent, la douleur influe sur les organes qui sont sous la dépendance du cerveau, et alors elle s'exprime par des *cris*, variables selon sa nature, et distingués en *plaintifs*, *déchirans*, etc., ou par des *contorsions* du visage, qui peuvent être à volonté exagérées ou modérées.

A cet égard, *Haller* (t. 4, p. 370, lib. 10, *cereb. et nervi*) dit, après avoir énuméré les causes qui, agissant sur les nerfs, déterminent la douleur : « *Ab omnibus istis causis etiam timida, et lenissimi sensus animalia, in furorem deniquè aut desperationem*

« *aguntur, suique doloris signa dant quæcumque dare possunt,*
« *dùm lugubrem vocem intendunt, artum dolentem tactui subri-*
« *piunt, fugam omnibus viribus moliuntur, armis naturâ datis se*
« *contra injuriam acerrimè tuentur. Sed aliquandò subita à sum-*
« *mo dolore etiam mors supervenit* ».

La douleur, comme le dit encore *Haller* (« *Dolorem Deus ho-*
« *mini fidelem custodem, qui de causâ corporis destructrice mo-*
« *neat* »), a pour but d'avertir le principe sentant du danger qui le menace; elle est avantageuse dans les opérations et en détermine même quelquefois le succès; elle est aussi, dans certains cas, employée comme moyen thérapeutique.

Du moment que nous supposons dans un être des sensations, des penchans, un *moi*, pour peu que cet être excite notre attention, il ne peut plus nous rester indifférent. Ou la *sympathie* nous attire vers lui, ou l'*antipathie* nous en écarte; ou nous nous associons à son existence, ou elle devient pour nous un sujet d'effroi, de repoussement, de haine et de colère. Il est aussi naturel à tout être sensible de tendre vers ceux qu'il suppose sentir comme lui, de s'identifier avec eux, ou de fuir leur présence, de haïr leur idée, que de rechercher les sensations de plaisir et d'éviter celles de la douleur.

La *Sympathie morale* consiste donc dans la faculté de partager les idées et les affections morales des autres; dans le desir de leur faire partager ses propres idées et ses affections; dans le besoin d'agir sur leur volonté. Elle exerce son action par les regards, la physionomie, les mouvemens extérieurs, par le langage articulé, par les accens de la voix, en un mot, par tous les signes: son action peut être exprimée par tous les sens.

Il en est de même de l'*antipathie*, mais dans un sens absolument opposé.

Variétés dans les Idées.

Ces variétés sont très-nombreuses, mais attachons-nous ici seulement aux principales.

« Nous pensons, dit *Lamothe Levayer*, bien autrement des choses « en un temps qu'en un autre; jeunes que vieux; affamés que ras- « sasiés; de nuit que de jour; fâchés que joyeux: varians ainsi à toute « heure par mille autres circonstances qui nous tiennent en une per- « pétuelle inconstance et instabilité. (Banq. sceptiq. p. 17) ».

Il est d'ailleurs des *variétés individuelles* que leur grand nombre nous dispense d'examiner; et, à cet égard, observons qu'en général une grande économie dans les idées est un des plus sûrs préservatifs pour la santé, qui est le plus souvent en raison inverse des facultés de l'esprit. C'est surtout ce qu'on observe dans les animaux, et l'on pourrait ici appliquer ces beaux vers de l'épître à M. de *Montulé*:

« La nature a voulu, sans doute, mère sage,
« Entre tous ses enfans, faire un égal partage;
« Aux brutes n'accorder qu'un instinct limité,
« Mais au lieu de l'esprit leur donner la santé ».

Du reste, ce que nous allons offrir sur toutes les variétés ne sera qu'une esquisse de ce qu'ont dit à ce sujet, *Ant. Lecamus*, (Méd. de l'Esprit); *Desèze*, (Recherches sur la Sensibilité), et *Cabanis*, qui a beaucoup étendu les considérations auxquelles s'étaient, avant lui, livrés les deux premiers.

ARTICLE PREMIER.

Variétés des Idées suivant l'âge.

Dans l'enfant, les impressions étant vives, nombreuses et sans stabilité, le principe intérieur qui les perçoit doit avoir des idées rapides, incertaines et peu durables. Les passions qui en dépendent et les

maladies qui surviennent alors ont quelque chose de convulsif. Les objets de ses besoins et de ses plaisirs sont simples, immédiats ; il les étudie sans distraction, à cause du petit nombre de ses pensées. Tout ce qui l'environne éveille successivement son attention ; sa mémoire neuve reçoit toutes les empreintes qui sont aussi durables que faciles; c'est le moment où se forment les plus importantes habitudes; les idées et les sentimens les plus généreux de la nature humaine se développent, pour ainsi dire, à l'insu de l'enfant, pendant cette première époque.

En parlant de la seconde période de la vie, c'est-à dire de l'âge de sept à quatorze ans, *J. J. Rousseau*, dans son Plan d'éducation, nous a montré la véritable direction de cette époque importante de la vie; il en a suivi le développement avec une scrupuleuse attention ; il l'a peinte avec la plus grande vérité ; et les leçons pratiques qu'il y donne sont des exemples d'analyse. Cette époque est décisive pour la culture du jugement; c'est alors que les impressions commencent à se rasseoir et à se régler ; que la mémoire, sans perdre sa vivacité, devient plus systématique et plus tenace; que l'attention acquiert un caractère remarquable de force et de suite ; en un mot, que l'enfant s'établit dans des rapports moraux avec les êtres qui l'environnent ; que son jeune cœur s'ouvre aux affections touchantes de l'humanité. Heureux lorsqu'une excitation précoce ne lui donne pas des idées qui ne sont point de son âge, et n'éveille pas en lui des passions qu'il ne peut encore diriger convenablement, ni même sentir et goûter !

Dans l'adolescence, le nouvel état moral qui se manifeste coïncide avec le développement de l'action nouvelle des organes génitaux dont il dépend, action qui crée tout-à-coup d'autres idées et d'autres penchans. A cette époque, l'homme est comme étonné des nouvelles impressions qu'il reçoit, et dont il démêle mal le sens et ne saisit pas les rapports : c'est le moment où l'organe cérébral reçoit le plus d'impressions dont les causes agissent dans son sein même ; c'est aussi l'âge de l'imagination à laquelle il faut s'attacher surtout à

donner une bonne direction ; c'est à cette époque qu'on voit se manifester les affections aimantes, desquelles non-seulement résultent beaucoup de jouissances et du bonheur pour le moment, mais que naissent et se développent la plupart de ces dispositions sympathiques et bienveillantes qui assurent le bonheur futur, et des individus qui les éprouvent, et de ceux qui dans la vie doivent faire route commune avec eux. Relativement aux idées et aux sentimens, c'est en un mot l'âge où l'on fait des provisions pour l'avenir.

Dans la jeunesse proprement dite, le système nerveux et les organes vasculaires sont montés au plus haut ton. Delà résultent des passions impétueuses, des idées hardies, animées par les sentimens de l'espérance.

Dans l'âge mûr, la force augmente, l'énergie vitale s'accroît et surmonte sans peine tous les obstacles ; il n'y a encore dans les actes de la vie aucun sentiment de gêne et de travail. Aussi la conscience de sa force pousse-t-elle sans cesse le jeune homme hors de lui-même ; elle n'inspire à son cœur et à son esprit que des affections et des idées de confiance et de bonheur ; mais quand l'action de la vie commence à éprouver de fortes résistances, et le mouvement des fluides à se faire avec moins de facilité, ce sentiment de force et de bien-être, sans disparaître tout-à-fait, diminue de jour en jour d'une manière remarquable. L'homme commence à ne plus se croire invincible ; il s'aperçoit que ses moyens sont bornés ; ses idées et ses affections ne s'élancent plus au loin avec la même hardiesse ; il n'a plus cette confiance sans borne dans lui-même, et, par une conséquence nécessaire, il perd une grande partie de celle qu'il avait dans les autres. Delà sa sagesse, sa circonspection : c'est le moment d'économiser, d'étendre tous les moyens actuels, de se créer des ressources pour l'avenir. Aussi les peintres de la nature humaine représentent ils les hommes de cet âge avec des caractères tirés de leurs déterminations plus mesurées et plus réfléchies, de leur soin pour ménager les hommes avec lesquels ils ont des rapports, pour cultiver l'opinion publique, de leur attention donnée à tous les moyens de fortune.

Les organes abdominaux sur lesquels la vie se concentre à cet âge, déterminent, par leur influence sur le cerveau, ces conceptions plus fortes, plus réfléchies, ces passions lentes à se former, mais plus profondes et plus incurables.

Enfin arrive un véritable âge climatérique auquel un grand nombre d'individus succombent, et l'homme entre dans la vieillesse.

Alors les idées qu'avait fait naître l'état des organes abdominaux perdent de leur opiniâtreté, la mélancolie disparaît; cependant on observe souvent une forte réaction de l'organe nerveux sur lui-même. Il semble que la vie revienne sur ses pas, que l'homme commence une nouvelle jeunesse; elle ranime alors les illusions et les rêveries heureuses de l'adolescence. *J. J. Rousseau* nous en offre un exemple singulier. Qui ne se rappelle, en effet, la partie de ses Mémoires relative à cette époque? Les idées reprennent de la hardiesse, en conservant le degré de force et de consistance qu'elles ont acquises; les passions deviennent violentes et colériques. C'est ce que l'on voit surtout chez certains individus disposés à l'apoplexie, chez lesquels, comme le dit *Bordeu*, les extrémités forment une espèce de conjuration contre la tête, en y poussant avec violence les humeurs, ou peut-être en dirigeant vers elle l'action d'autres causes d'un mouvement excessif.

Les phénomènes qu'on observe à l'égard des idées sont, du reste, assez notables dans la vieillesse. *Cicéron* (de senect., cap. 5), nous dit à cet égard : » *Non faciat ea, quæ juvenes. At verò multa majora et meliora facit. Non viribus, aut velocitatibus, aut celeritate corporum res magnæ geruntur : sed consilio, auctoritate, sententiâ, quibus non modò non orbari, sed etiam augeri senectus solet* » Et plus loin (cap. 6) : « *Temeritas est videlicet florentis ætatis; prudentia, senescentis* ».

Mais disons cependant qu'en entrant dans la vieillesse l'homme s'aperçoit manifestement de son déclin; que même cet effet ne date pas uniquement de l'époque qui le met en évidence. Il y a déjà longtemps qu'après être parvenue à son plus haut sommet, la vie roule

et se précipite, avec une vîtesse toujours accélérée, vers cet abîme où toutes les existences vont s'engloutir. Mais c'est surtout à ce moment que chaque instant de la chûte devient sensible. Les opérations de l'esprit prennent de jour en jour plus d'hésitation ; le caractère devient de plus en plus timide, défiant, ennemi de toute entreprise hasardeuse. La difficulté d'être augmentant dans une progression continuelle, le sentiment de la vie ne se répand plus au-dehors : une nécessité fatale replie sans cesse le vieillard sur lui-même, et son égoïsme est l'ouvrage immédiat de la nature.

Les impressions les plus récentes s'effacent alors aisément ; celles de l'âge mûr s'affaiblissent ; mais celles du premier âge redeviennent, au contraire, plus vives et plus nettes. Il n'est pas rare alors de voir les vieillards tomber dans une véritable enfance ; non-seulement ils reprennent les idées et les passions, mais encore la mobilité qui caractérisent les enfans.

Au reste, le vieillard, dans les derniers temps de sa vie, n'éprouve que la difficulté d'être, dont le sentiment fut, en quelque sorte, la seule agonie de *Fontenelle*. On a besoin de se reposer de la vie, comme d'un travail que les forces ne sont pas en état de prolonger. Les erreurs d'une sensibilité fausse, ou dirigée sur des objets imaginaires, peuvent seules à ce moment empêcher de goûter la mort comme un doux sommeil. En un mot, pour un esprit sage, pour une conscience pure, la mort n'est que le terme de la vie : *C'est le soir d'un beau jour.*

Il est d'ailleurs des moyens de rendre ces derniers instans heureux ou du moins paisibles. C'est un sujet que le chancelier *Bacon* avait recommandé de son temps aux recherches des médecins. Il regarde l'art de rendre la mort douce (l'*euthanasie*) comme le complément de celui d'en retarder l'époque.

En un mot, c'est à l'égard de l'âge, considéré en général, qu'on peut dire :

» . . . . . *Gigni cum corpore et unà*

» *Crescere sentimus, pariterque senescere mentem* ».

Art. II.

Variétés des Idées suivant le sexe.

Que dire à cet égard de plus que *Roussel*, dans son Système physique et moral de la femme? Rien de nouveau. C'est pourquoi nous allons nous borner à une simple esquisse de ce qu'il a écrit.

Hardi, courageux, constant, sublime, profond, et né pour être libre, l'homme surpasse de beaucoup ce sexe timide, pusillanime, volage, occupé des plaisirs, de la parure, des modes, et portant facilement le joug de l'esclavage.

Mais, en entrant dans quelques détails, parcourons les différentes époques de la vie. Or, dans l'enfance, il n'y a aucune différence dans les dispositions morales de l'un et l'autre sexe. Les petites filles participent à la pétulance des petits garçons; les petits garçons à la mobilité des filles. Les appétits, les idées, les passions de ces êtres naissans, de ces êtres encore incertains, que la plupart des langues confondent sous le nom commun d'*enfans*, ont dans les deux sexes la plus grande analogie. Ce n'est pas cependant qu'un observateur attentif ne remarque entre eux déjà de notables différences. Sans doute les garçons ont quelque chose de plus emporté dans leurs mouvemens; ils donnent moins d'attention aux petites choses : peut-être même, en y regardant de plus près, trouvera-t-on que leurs attitudes ne sont pas seulement plus libres et plus prononcées, mais qu'elles diffèrent aussi par la disposition à tel mouvement plutôt qu'à tel autre.

Les petites filles sont déjà sensiblement occupées de l'impression qu'elles font sur les personnes qui les entourent, sentiment presque inconnu dans ces premiers temps aux petits garçons, du moins lorsque des excitations artificielles n'ont pas fait naître en eux une vanité précoce. Dans leurs jeux, comme *J. J. Rousseau* l'observe très-bien,

les petites filles préfèrent ceux qui sont les plus relatifs au rôle que la nature leur a destinés; elles semblent vouloir s'y préparer en le répétant de toutes les manières. Enfin déjà l'art de la conversation, par lequel elles doivent un jour assurer leur empire, commence à leur devenir familier; elles s'y exercent incessamment; et ce tact délicat des convenances qui distingue particulièrement leur sexe, paraît se développer chez elles, comme une faculté d'instinct, bien long-temps avant que les jeunes garçons en aient la plus légère idée, long-temps même avant qu'ils aient reçu les impressions qui lui donnent naissance et le sentiment de l'usage dont il peut être dans la vie.

Mais c'est surtout à l'époque de la puberté que les différences sont grandes. La femme, à raison de sa mobilité plus vive et plus délicate, s'exerçait en général sur de petits objets, acquiert, dans son esprit plus de finesse et de pénétration que d'étendue et de profondeur. Menant une vie sédentaire, on voit, en quelque sorte, se développer en elle un nouveau système physique. Elles sentent leur faiblesse, delà leur besoin de plaire; elles ont besoin de plaire, delà cette continuelle observation de ce qui se passe autour d'elles; delà leur dissimulation, leurs petits manéges, leurs manières, leurs grâces, en un mot leur *coquetterie*, qui, dans l'état social actuel, doit être regardé comme la réunion ou le résultat de leurs bonnes ou de leurs mauvaises qualités.

Par les raisons contraires, les petits garçons trouvent dans leur instinct une pente originelle et caractéristique; ils doivent, en conséquence, contracter des manières et des habitudes entièrement opposées. Pleins du sentiment de leurs forces naissantes et du besoin de les exercer, le repos leur est désagréable et pénible; il leur faut des mouvemens vifs, et ils s'y livrent avec impétuosité; delà la tournure différente de leurs idées et le caractère de leurs passions.

Au reste, les organes génitaux, par leur éminente sensibilité, par la fonction que la nature leur confie, par le caractère des liquides qui s'y préparent, doivent réagir fortement sur l'organe sensitif général

et sur d'autres parties très-sensibles, comme celles avec lesquelles ils ont des rapports directs de sympathie. Cette réaction s'observe surtout à l'époque où leurs fonctions commencent. Alors on voit naître dans l'un et l'autre sexe les penchans et les habitudes propres à leur rôle respectif : de nouveaux organes entrant en action, de nouveaux besoins se manifestent; delà un nouvel état moral.

A cette époque, l'objet même que les deux sexes ont à remplir exige que la douce confusion qui a régné entre eux jusqu'à ce moment ne se prolonge pas davantage. Mais, outre que les formes extérieures, dont nous ne devons pas nous occuper, changent beaucoup, on voit dans le moral une révolution non moins grande. Tout ici tient à des directions primitives, indépendantes de la raison et de la volonté des individus; tout se lie, se coordonne, et ne tend pas moins à leur grand bien être qu'à la perpétuation possible et sûre de l'espèce.

Pour l'accomplissement de ce dernier but, comme l'a fait voir *Rousseau*, l'homme doit attaquer, la femme doit se défendre: l'homme doit saisir le moment où le besoin de l'attaque se fait sentir, où ce besoin même en assure le succès: la femme doit choisir celui où il est le plus avantageux de se rendre; elle doit savoir céder à propos à la violence de l'agresseur, après l'avoir adoucie par le caractère même de la résistance; donner le plus de prix possible à sa défaite; se faire un mérite de ce qu'elle même n'a pas desiré moins vivement peut-être d'accorder que lui d'obtenir; elle doit enfin savoir trouver, dans la sage et douce direction de leurs plaisirs mutuels le moyen de s'assurer un appui, un défenseur.

Il faut que l'homme soit fort, audacieux, entreprenant; que la femme soit faible, timide, rusée.

Par sa force même, l'homme est moins sensible, ou moins attentif aux petites impressions; son attention n'est excitée que par des objets frappans; ses sensations, moins vives, moins rapides, sont plus profondes et plus durables.

Si le premier besoin de tout animal est celui d'exercer ses fa-

cultés, de les développer, de les étendre, de s'en assurer en quelque sorte la conscience, il est évident que les phénomènes ou les produits de leur énergie, qui résultent de cette série de déterminations et de fonctions, ne peuvent être les mêmes pour l'homme et pour la femme, dont les facultés sont si différentes.

L'homme a le besoin d'employer sa force, de s'en confirmer tous les jours le sentiment par des actes qui la déploient : la vie sédentaire l'importune ; il s'élance au-dehors : il brave les injures de l'air. Les travaux pénibles sont ceux qu'il préfère : son courage affronte les périls : il n'aime à considérer la nature en général et les êtres qui l'environnent en particulier que sous le rapport de la puissance qu'il peut exercer sur eux.

La faiblesse de la femme n'entre pas seulement dans le système de son existence comme élément essentiel de ses relations avec l'homme, mais elle est surtout nécessaire, ou du moins très-utile pour la conception, la grossesse, l'accouchement et la lactation, pour les soins qu'exige l'éducation pendant les premières années de la vie. Au reste, sa sensibilité plus grande fait que les impressions sont plus vives et plus mobiles. Pour ajouter à la douce séduction du sexe et de la beauté, la nature ne semble-t-elle pas avoir pressenti qu'il convenait de mettre la femme dans un état de faiblesse relative? La principale grace de l'homme est dans sa vigueur : l'empire de la femme est caché dans des ressorts plus délicats; on n'aime point qu'elle soit si forte. Aussi, parmi elles, celles qui entendent le mieux leurs intérêts évitent-elles de le paraître, même dans les objets qui, n'étant que du ressort de l'esprit, écartent toute idée d'un effort corporel et mécanique.

Le besoin qui se fait sentir à lui, produit dans le jeune homme un mélange d'audace et de timidité : d'audace, parce qu'il sent tous ses organes animés d'une vigueur inconnue ; de timidité, parce que la nature des desirs qu'il ose former l'étonne lui-même, que la défiance de leurs succès le déconcerte.

Pour faire naître et pour aiguiser ce besoin (*Desèze*, Recherch.

sur la Sensib., p. 164.), la nature, plus libérale envers l'homme qu'envers les autres espèces, l'a entouré de toutes les illusions qui peuvent ajouter le plus de prix à ses jouissances. Elle l'a rendu sensible aux charmes de la *beauté ;* et pour que la variété des organes et par conséquent des goûts ne nuisît pas à l'effet de ce puissant mobile, elle n'a pas fait de la beauté une qualité absolue, mais simplement relative à l'organisation de celui qui se trouve soumis à son pouvoir. Elle a uni à la beauté dans les femmes une qualité plus séduisante encore, la *grace*, charme invisible qui naît de l'accord heureux des mouvemens moëlleux du corps et des sentimens doux de l'ame; et pour en augmenter et en prolonger l'impression, elle y a joint encore deux qualités morales dérivées de la faiblesse physique : la *pudeur*, voile léger du desir, qui ne le cache que pour mieux le satisfaire, et la *coquetterie*, sentiment opposé en apparence à la pudeur, qui fait pardonner ses refus, en en fesant entrevoir le terme, et retenant par une illusion flatteuse l'homme qui cesserait de chercher un bien qu'il n'espérerait pas obtenir. C'est de ce mélange enchanteur de la *grace* qui attire, de la *pudeur* qui repousse, de la *coquetterie* qui rappelle, que naît dans la femme l'attrait puissant qui enchaîne l'homme à ses pieds et augmente les délices de l'union des deux sexes, dans l'un par l'orgueil d'obtenir une victoire, dans l'autre par le plaisir de l'accorder.

Au reste, l'époque dont nous nous occupons, produit une révolution complète dans les habitudes de l'intelligence. Ce n'est pas sans fondement qu'on a dit que l'*esprit venait alors aux filles ;* et les plaisanteries relatives au moyen par lequel ce prétendu miracle s'opère portent sur un fond réel et physique. On voit en effet, quelquefois dès les premières années qui succèdent à la nubilité, une espèce d'explosion de talens de plusieurs genres, qui quelquefois même s'éteignent ensuite.

La même cause paraît avoir une influence semblable, mais beaucoup moins fréquente, chez quelques garçons.

Art. III.

Variétés des Idées suivant les tempéramens.

On peut rapporter ces différences : 1.° à l'état physique ; 2.° au caractère des idées ; 3.° aux affections et aux penchans. Mais pour notre objet, ne considérons les tempéramens que sous ces derniers rapports, et suivons pour cela la classification de M. le professeur *Hallé* (Mém. de la Soc. méd. d'Emul.).

§. I.er *Tempéramens généraux.*

A. *Prédominance des Systèmes vasculaires.*

1.° *Excès du Système sanguin.*

C'est le *tempérament sanguin* des anciens. Visage riant, fleuri ; yeux vifs ; mouvemens libres, lestes, déterminés, mais sans violence ; aisance et liberté des opérations intérieures de l'esprit ; affections aimables, riantes comme le physique ; ce qui en fait des hommes de plaisir et d'un commerce agréable. Dans ces sujets, les nerfs, toujours épanouis, rendent les impressions vives et rapides ; mais cette promptitude même, et la facilité singulière avec laquelle toutes les parties communiquent entre elles, font que les mouvemens se calment aussi facilement qu'ils sont excités. Il y a donc peu de constance et de suite dans les déterminations physiques ; il y en a peu dans les sensations mêmes dont elles dépendent. Leurs passions sont vives, instantanées, quelquefois impétueuses ; mais bientôt elles s'apaisent et s'éteignent. Le chagrin, auquel l'habitude du plaisir et du bonheur les rend plus sensibles, et que, pour cela même, ils écartent avec grand soin, s'empare vivement de leurs ames mobiles, mais les traces y sont peu durables. On peut compter sur une bien-

veillance habituelle de leur part : il ne faut pas en attendre des procédés suivis et constans, un système de conduite que les occasions ne puissent jamais distraire, que les obstacles ne rebutent pas. Ils sont propres aux ouvrages d'imagination, surtout à ceux qui ne démandent que des impressions heureuses et ce degré d'attention à leurs circonstances et à leurs effets, qui devient un plaisir de plus. Tout ce qui exige une grande et forte méditation, beaucoup de soin et d'opiniâtreté, ne saurait leur convenir ; ils en sont entièrement incapables.

2.° *Excès du système lymphatique.*

Il constitue le *tempérament phlegmatique* des anciens et *lymphatique* des modernes. Physionomie tranquille et presque insignifiante ; yeux ternes; mouvemens tardifs et mesurés ; sensations peu vives et peu profondes; idées peu nombreuses et peu rapides, mais par cette même raison, assez nettes; affections paisibles et douces, mais sans énergie. Ils dorment beaucoup et cherchent le repos.

Les travaux qui demandent de la hardiesse, de l'activité, de la promptitude, de grands efforts, les effraient et les rebutent : ils se plaisent et réussissent mieux à ceux qui peuvent se faire tranquillement, où l'attention et la patience tiennent lieu de tout. Leurs qualités morales répondent à leur constitution, à leurs habitudes physiques, à leurs penchans directs. Ils ont un esprit sage, un caractère sûr, une conduite modérée, des opinions et des goûts qui se plient facilement à ceux des autres, en un mot, leurs idées, leurs sentimens, leurs vertus, leurs vices, ont un caractère de médiocrité qui, malgré l'indolence naturelle de ces sujets, les rend extrêmement propres aux affaires de la vie; de sorte que, sans se donner beaucoup de mouvement pour rechercher les hommes, ils en deviennent bientôt naturellement les guides, les conseils, et finissent souvent par les gouverner avec une autorité que des qualités plus brillantes ou plus

prononcées donnent quelquefois, mais ne permettent guère de conserver long-temps.

3.° *Proportions exactes des systèmes sanguins et lymphatiques.*

C'est à-peu-près le *tempérament mélancolique* des anciens. Physionomie triste, visage pâle, yeux enfoncés et pleins d'un feu sombre. Tous leurs mouvemens portent un caractère de lenteur et de circonspection. Leurs pas sont réfléchis; leur regard a quelque chose d'inquiet et de timide. Ils fuient les hommes dont la présence agit sur eux d'une manière incommode; ils cherchent la solitude qui les soulage de ces impressions pénibles. Cependant leur physionomie porte l'empreinte d'une sensibilité qui intéresse; et leurs manières ont un certain charme auquel peut-être je ne sais quel commencement de compassion donne encore plus d'empire.

Ils sont patiens et opiniâtres dans les travaux. Les impressions chez eux, en général, ni multipliées, ni rapides, ont une profondeur, une ténacité si grande, qu'ils ne peuvent s'y soustraire, et voilà pourquoi elles deviennent confuses, importunes, pour peu qu'elles se pressent et se multiplient; voilà pourquoi ils veulent toujours se retirer à l'écart pour s'en occuper tranquillement, pour les méditer en liberté; delà vient aussi cette forme singulière de mémoire qui leur est propre.

Leurs idées sont toutes méditées; ils retournent un sujet de toutes les manières et finissent par y trouver ou des faits ou des rapports nouveaux; mais souvent ils en trouvent de chimériques; c'est parmi eux que l'on trouve les plus grands visionnaires; et comme ils ont médité soigneusement, ils ont beaucoup de peine à revenir de leurs erreurs. Leur langage est plein de force et d'imagination; c'est celui d'hommes persuadés: ils y portent souvent des expressions neuves et des formes originales. Quoique propres à beaucoup de choses, mais rarement à ce qui demande de la promptitude et de la détermination dans l'esprit, ils sont néanmoins d'une défiance d'eux-mêmes qui

ne nuit pas seulement à leurs succès dans le monde, mais encore à la perfection même et à l'utilité de leurs travaux.

Quant à leurs passions, elles ont un caractère de durée, et pour ainsi dire d'éternité, qui les rend tour-à-tour très-intéressans et très-redoutables. Amis constans, ils sont implacables ennemis. Leur timidité naturelle les rends oupçonneux ; leur défiance d'eux-mêmes les rend jaloux. Ces deux dispositions se trouvent singulièrement aggravées par une imagination qui retient obstinément et combine sans cesse les impressions les plus légères en apparence, et pour qui les moindres choses sont des événemens ; et lorsque la réflexion qui les porte aux habitudes d'ordre et de règle ne donne pas une bonne direction à leur sensibilité, ne les rend pas et meilleurs et plus moraux, elle en fait des êtres d'autant plus dangereux, que la nature leur a donné de grands moyens pour agir sur les hommes, notamment cette persévérance opiniâtre avec laquelle ils usent, pour ainsi dire, les résistances que la force tenterait vainement de briser.

B. *Prédominance du système nerveux.*

On peut considérer ce système relativement à ses fonctions, qui ont rapport aux *sensations* ou à la *réaction.*

1.° *Système nerveux comme organe essentiel des Sensations* ou *de la Susceptibilité.*

On y doit distinguer le *degré*, la *successibilité* et la *durée.*

1. *Relativement à son degré*, la susceptibilité peut être, ou *excessive*, ou *très-faible*, ou *modérée.* Ces variétés sont la source d'autant de tempéramens pour la distinction desquels on doit avoir égard aux impressions faites par les objets extérieurs, à la nature des jugemens qui en résultent, à l'énergie des volontés ou des déterminations qui en sont la suite.

α. *Susceptibilité excessive seule.* Grande vivacité dans les sensations, promptitude extrême dans les jugemens, déterminations précipitées et peu constantes; imagination vive, mais mobile; volontés absolues, mais changeantes.

Unie au tempérament sanguin. Caractère impétueux, emporté, violent; autant de vivacité dans les impressions, de précipitation dans les jugemens, de promptitude dans les déterminations que dans la variété précédente; mais plus de tenue dans les résolutions.

Impiger, iracundus, inexorabilis, acer.
Jura neget sibi nata, nihil non arroget armis.

β. *Susceptibilité très-faible.* Apathie et indolence au physique comme au moral.

γ. *Susceptibilité modérée.* Etat moyen entre les deux extrêmes.

2. *Relativement à la successibilité,* la susceptibilité est *rapide*, ou *lente*, ou *modérée.*

α. Quand elle est très-rapide, les impressions sont peu profondes et peu durables. Devenant habituelle et portée à l'excès, elle exclut absolument, par l'impossibilité d'une attention suffisante, et le rapport exact de la sensation avec son objet, et la netteté dans les idées, et la justesse dans les jugemens. Elle donne à l'imagination une mobilité, aux jugemens une versatilité, aux volontés une inconstance, aux déterminations une promptitude qui quelquefois semblent constituer un genre de folie.

Quand la successibilité n'est que la faculté de passer très-promptement d'une sensation ou d'une idée à une autre, et non l'habitude irrésistible, et le besoin de changer rapidement d'objet, et qu'elle est jointe à une promptitude et à une précision proportionnée dans l'attention, elle forme une qualité très-précieuse, très-agréable dans la société, et qui donne à l'homme le pouvoir de multiplier beau-

coup les résultats de la méditation et de l'étude, et les productions du génie, surtout si une mémoire fidèle se joint à ce don précieux de la nature.

β. Une susceptibilité lente, dépendante de la faiblesse des impressions, ressemble à la stupidité. Une quantité de choses frappent les sens, et se présentent à l'intelligence de l'individu sans y laisser d'empreintes et sans attirer son attention ; une impression faite sur ses organes produit à peine une sensation ; une idée occupe à peine son esprit ; mais cette faible occupation le remplit, exclut et suspend toutes les autres impressions, ne permet point l'association et la comparaison des idées, sans lesquelles il ne se forme point de jugemens, et fait de cet homme un être insensible au milieu de la foule des objets qui l'atteignent sans l'affecter.

Si la lenteur de la successibilité vient de la force des impressions qui occupent puissamment les facultés de l'homme et laissent difficilement place à de nouvelles idées, elle engendre un état d'*abstraction* qui, très-différent de ce qu'on nomme *distraction*, occasionne une insensibilité momentanée aux autres objets.

Il est, du reste, des hommes qui ne passent pas volontiers d'un objet à un autre avant d'avoir suffisamment considéré le premier, souvent par suite d'un défaut de promptitude à saisir, ou de la difficulté de démêler chaque objet au milieu d'une foule de sensations ou d'idées concurrentes, mais qui, dans le silence de la méditation, trouvent, dans la perfection qu'ils donnent à leurs connaissances, un ample dédommagement de la lenteur qu'ils ont mise à les réunir. Ces hommes souvent, dans la société, ne se présentent pas avec avantage, et étonnent ensuite, par les fruits de leurs réflexions, par la profondeur de leur génie et l'étendue de leurs vues.

γ. Quand enfin la successibilité est modérée, on voit un état moyen entre ceux que nous venons d'examiner.

3. *Relativement à la durée des impressions*, il y a tantôt

longue persévérance, tantôt *fugacité*, tantôt aussi un *terme moyen.*

Les impressions sont plus ou moins durables, en vertu d'une disposition particulière, par laquelle le principe du sentiment, une fois empreint d'une idée ou frappé par une impression, a une propension à en continuer plus ou moins long-temps la représentation, à la rappeler plus ou moins fréquemment, plus ou moins fidèlement e avec plus ou moins de promptitude et de facilité. La faculté de rappeler ainsi ses idées s'exerce volontairement ou involontairement ; on l'appelle *mémoire* quand elle est aux ordres de la volonté. Mais dans la persévérance involontaire des impressions, l'homme soumis à l'empire de la sensation obéit plus qu'il ne commande, sent plus qu'il ne cherche à sentir; et, cette manière d'être, quand elle est portée à un certain degré, a une influence très-réelle sur la santé et sur la vie.

Tantôt les impressions s'effacent plus ou moins promptement ; tantôt les mêmes idées se représentent, même involontairement, pendant un temps plus ou moins long. L'état moyen est celui dans lequel la durée de l'impression, résultat d'une sensibilité juste, peut, au contraire, s'interrompre par des distractions en proportion de l'importance des objets qui les sollicitent, être soumise aux modifications de la volonté et du véritable intérêt de l'individu, et où chaque idée peut s'allier aux idées comparables, sans s'effacer et sans se confondre.

Au reste, les divers états du système nerveux souvent se combinent entre eux, et avec ceux des systêmes sanguin et lymphatique.

Ainsi la fixité mélancolique, dépendant de l'énergie des impressions, de leur prédominance exclusive, de leur persévérance obstinée, contitue un état du système nerveux, qui se rencontre de préférence dans les tempéramens remarquables par le peu d'abondance des liquides, le peu d'étendue des organes qui appartiennent

au système lymphatique, et la sombre coloration, résultat de la prédominance du système sanguin.

Elle se rencontre encore plus particulièrement avec des dispositions relatives à l'état spécial de certains organes, comme des viscères abdominaux.

2.° *Système nerveux considéré comme influant sur les organes du mouvement.*

Nous avons ici à considérer la *force* dépendante du volume des fibres contractiles, et la *mobilité* dépendante de l'influence nerveuse.

La *force* varie relativement à la masse musculaire, qui est *grande*, *faible* ou *moyenne*. Le premier de ces états est la *constitution athlétique*, c'est le *tempérament musculaire* de quelques auteurs. Alors lenteur et faiblesse dans les impressions, courage plutôt qu'esprit; c'est à leur prototype, *Hercule*, que les poètes comiques prêtent ce qu'on appelle vulgairement des *balourdises*, et les moyens de faire rire le peuple à ses dépens. Tout chez eux se rapporte à la force physique; la force morale est très-bornée : l'habitude de produire de grands mouvemens, de tout emporter de haute lutte, et le besoin grossier d'exécuter sans relâche des facultés mécaniques, les rendent plus capables d'attaquer que d'observer; de bouleverser et de détruire, que d'asservir doucement par l'application des lois de la nature, ou d'organiser et de vivifier par de nouvelles combinaisons. Entraînés dans une action violente et continuelle, qui presque toujours devance la réflexion, et qui souvent la rend impossible, ils obéissent alors à des impulsions quelquefois même dépourvues des lumières de l'instinct. Ils ne sentent que lorsqu'ils se meuvent; leur sensibilité hors delà est entièrement obscure, incertaine, languissante. Privés en grande partie de cette source féconde des idées et des affections, ils n'existent nécessairement que dans quelques vues bornées et des volontés brutales.

Les autres variétés relatives à la *force* peuvent se déduire facilement de celles que nous venons d'exposer.

A l'égard de la *mobilité*, elle est quelquefois *excessive :* alors vivacité, précipitation, turbulence ; son excès est une vraie *disposition convulsive.* D'autres fois elle est *faible :* alors lenteur, inertie, paresse. Enfin elle est quelquefois *juste et modérée :* alors activité continuelle.

§. II. *Tempéramens partiels.*

1.° *Différences constitutionnelles dépendantes des dispositions spéciales des systèmes vasculaires et nerveux dans les différentes parties du corps.*

Ces différences sont trop nombreuses pour devoir nous occuper. Disons seulement qu'on voit les organes disposés pour recevoir les impressions extérieures, à raison de leur sensibilité propre, se faire remarquer quelquefois par une proportion de susceptibilité dont ne participe pas au même degré le reste de l'organisation. Ainsi, la sensibilité, les appétits, les goûts, les antipathies de l'estomac, des organes sexuels, des sens présentent habituellement, dans leurs différences individuelles, de grandes variétés indépendantes de celles que l'âge et le développement de certaines parties amènent nécessairement avec elles.

On range aussi parmi les tempéramens partiels dépendans des modifications du système nerveux ces dispositions nées avec quelques individus, impérieuses, souvent irrésistibles, qui les entraînent vers des objets d'une prédilection exclusive, et dont la connaissance plus parfaite nous donnerait peut-être aussi, dans quelques cas, le secret de nos vertus, de nos penchans, de nos erreurs et de nos crimes.

2.° *Différences constitutionnelles prises des fonctions et des dispositions spéciales de quelques viscères.*

Outre les variétés qui sont, sous ce rapport, encore cachées pour nous, en n'étudiant que celles qui peuvent frapper nos sens, bornons-nous seulement aux deux principales, caractérisées par des évacuations ou des secrétions habituelles de liquides colorés ou incolores. Delà les *tempéramens bilieux*, *pituiteux*, entre lesquels il est une foule de nuances.

Le premier, le plus important, a les caractères suivans : physionomie hardie, prononcée, yeux étincelans, muscles vigoureux, quoique grêles. Grande capacité de conception; possibilité de recevoir une foule d'impressions et de les combiner avec promptitude ; imagination et passions vives. Des talens rares, de grands travaux, de grandes erreurs, de grandes fautes, quelquefois de grands crimes. Tel est l'apanage de ces êtres ou sublimes ou dangereux. Ils veulent tout emporter par la force, la violence, l'impétuosité ; mais l'imagination qui les promène sans cesse d'objets en objets, de plans en plans, ne leur permet guère d'exécuter avec patience et dans le détail ce qu'ils conçoivent avec audace et dans l'ensemble. Ils ne sont pas incapables d'opiniâtreté, mais ils ne la montrent que lorsqu'il s'agit de vaincre de grandes et fortes résistances. Leur vie entière est un état de passion; ce qu'ils rebutent aujourd'hui avec dégoût, ils l'avaient embrassé hier avec transport. Ils sont portés à tous les excès; leurs maladies, très-aiguës en général, changent brusquement de face, et se terminent par une mort prompte ou des crises précipitées.

Le *tempérament pituiteux* a souvent été confondu avec le lymphatique, mais il en diffère manifestement. Convenons cependant que, sous le rapport moral, il n'y a rien de particulier à dire ici que nous n'ayons exposé au sujet du tempérament lymphatique.

Il est encore une foule de combinaisons entre les tempéramens,

que nous passons sous silence parce qu'ils n'ont rien d'important pour notre objet.

Certains tempéramens sont d'ailleurs l'effet des différens genres d'occupations auxquelles l'homme se trouve soumis; ils rentrent, au reste, dans les espèces principales que nous avons examinées.

Art. IV.

Variétés des Idées suivant le régime.

Le régime a une influence manifeste sur les mouvemens; il les fortifie ou les affaiblit. Puisqu'il influe sur la manière d'agir des organes, il doit influer sur leur manière de sentir; et puisqu'il influe sur le caractère des sensations, il est évidemment impossible qu'il n'influe pas sur celui des idées et des penchans.

Mais examinons en particulier l'influence des six choses de l'hygiène.

§. I.er *Circumfusa.*

1.° *Influence de l'Air.*

A. *De sa pesanteur.* Lorsqu'elle diminue, les sensations ne conservent plus la même vivacité; il se manifeste un léger embarras vers la tête, l'action de la pensée devient fatigante; il y a dégoût général, vertiges, éblouissemens; les individus sont alors incapables d'attention, ils ne peuvent ni suivre les idées des autres ni les leurs propres; ils tombent dans la langueur et le découragement : d'où quelquefois même craintes ridicules, désordre de l'imagination, tremblemens nerveux, spasmes convulsifs, etc.

Lorsque la pesanteur augmente, le ton général du système nerveux augmente dans le même rapport; alors mouvemens plus faciles et plus libres; vif sentiment d'énergie et d'alacrité, de bien-être, qui fait courir au-devant des sensations et desirer l'activité comme

un plaisir, en la transformant en besoin. Les sensations elles-mêmes deviennent plus nettes et plus brillantes ; le travail de la pensée se fait avec plus d'aisance et d'une manière plus complète ; l'individu repousse ces impressions chagrines, quelquefois malveillantes que produit la conscience habituelle de la faiblesse et de l'état d'anxiété ; et par suite, il ne s'attache qu'à des idées d'espérance et de succès, qu'à des affections douces, élevées et généreuses. Au reste, la pesanteur de l'air, quand elle est trop considérable, loin de produire les bons effets que nous venons d'énumérer, détermine des phénomènes analogues à ceux qu'occasionne le froid.

B. *De sa Température.* Il est maintenant bien reconnu que le froid léger est, ainsi que la chaleur, un excitant direct ; on se refuse, en conséquence, à l'opinion de ceux qui, avec *Brown*, le regarde comme un excitant indirect.

Dans les pays chauds, l'explosion de la puberté se fait de bonne heure ; les idées et les passions des hommes qui habitent ces pays éclosent promptement. Ces individus sont encore enfans relativement à la force musculaire, qui, dans le plan de la nature, est cependant tout-à-la-fois l'instrument d'un système moral très-développé, et le contre-poids des forces sensitives exaltées par ce développement. Delà les dispositions convulsives qui se remarquent dans les affections morales comme dans les maladies propres à ces individus. Les muscles sont énervés ; delà le goût du repos et le genre de vie indolente, inspirés par le sentiment habituel de faiblesse, et par l'impossibilité d'agir sans une extrême fatigue au milieu d'un air embrasé. D'un côté, l'économie animale devient donc plus sujette aux affections spasmodiques ; d'un autre, penchans contemplatifs et écarts d'une imagination mélancolique et passionnée. C'est dans les pays chauds qu'on rencontre ces ames vives, ardentes, livrées sans réserve à tous les transports de leurs desirs ; ces esprits, tout-à-la-fois profonds et bizarres, qui, par la puissance d'une méditation continuelle, sont conduits tour-à-tour aux idées les plus sublimes

et aux plus déplorables visions. L'homme passe alors rapidement de sensations en sensations ; il parcourt, dans le même instant, toute l'échelle de la sensibilité humaine : chez lui, du spasme à l'atonie il n'y a qu'un pas. Au reste, la sensibilité subit des dégradations continuelles depuis son excès dans les régions équatoriales, jusqu'à son extrême en défaut dans les zônes polaires. Cet excès de sensibilité entraîne une espèce de passion pour les boissons et les drogues stupéfiantes qui se remarque dans les hommes des pays chauds ; delà cette cette espèce de fureur avec laquelle ils recherchent toutes les sensations voluptueuses, et qui les conduit si souvent à des goûts bizarres et brutaux ; delà leur penchant pour l'exagération et le merveilleux ; enfin leur talent pour l'éloquence, la poésie, et généralement pour tous les arts d'imagination.

Dans les climats froids, quand la température est encore modérée, elle imprime une plus grande activité à tous les organes, et particulièrement aux organes musculaires ; elle excite les fonctions sans les gêner ; elle donne un plus grand sentiment de force, et invite aux mouvemens et à l'action ; l'appétit est plus grand, il semble qu'une plus grande somme d'alimens devienne nécessaire ; sans cesse distraits par des besoins corporels, les individus n'ont que peu de temps à donner à la méditation : delà leur ignorance.

L'habitant des pays glacés est encore moins susceptible de recevoir autant d'impressions à-la-fois ; il les reçoit plus isolées, plus lentes et plus faibles ; mais les déterminations de ses organes sont plus durables ; de nouveaux objets, c'est-à-dire de nouvelles impressions les changent et les intervertissent plus difficilement. Elles se maintiennent avec constance, parce qu'elles ont commencé sans précipitation ; elles s'exercent avec régularité, parce qu'elles ne sont pas troublées par de nouvelles déterminations survenues tout-à-coup. Ici les mouvemens veulent être sans cesse provoqués, ranimés, soutenus. Le cerveau, frappé d'une légère stupeur, devient moins sensible à l'action des divers stimulans ; pour être réveillé, pour sentir, pour réagir, il lui faut des excitations beaucoup plus fortes : delà leur

constitution robuste, mais peu sensible; et c'est ce qui a fait dire à *Montesquieu*, en parlant des peuples du nord : *Ce n'est qu'en les écorchant qu'on les chatouille.* Il faut, du reste, compter pour beaucoup, dans l'état moral de ces individus, cette lutte continuelle contre des besoins grossiers sans cesse renaissans, ou contre la sévérité d'une nature marâtre, qui n'offre partout aux créatures vivantes, reléguées dans de si mornes climats, que de pénibles et funestes impressions.

Ici se rapportent aussi l'*influence des saisons sur les idées.* Envisageons-la donc rapidement.

Les anciens, fidèles observateurs, ne faisaient point de difficulté d'établir des analogies entre les tempéramens, les âges et les saisons.

Au *printemps*, disaient-ils, on se trouve, en quelque sorte, plus jeune et plus près du tempérament sanguin. L'air plus doux inspire la gaîté et dégage l'imagination que l'hiver avait glacée. La nature nous offre alors une foule de sensations agréables; tous nos sens sont enchantés et satisfaits ; delà des idées riantes et naturelles auxquelles l'esprit s'arrête bien volontiers : tout, en un mot, conduit au plaisir.

Dans l'*été*, on est plus bilieux et l'on a plus de dispositions aux maladies où la bile joue le principal rôle. Mais, sous le rapport moral, tout annonce l'abondance et promet à l'homme de satisfaire ses desirs. Ses idées se succèdent en foule ; il conçoit les plus vastes projets et jouit de toute l'étendue de ses facultés. Du reste, toutes les sensations agréables du printemps persistent d'autant plus, qu'on peut éviter facilement celles désagréables de cette époque ; en conséquence, tous les sens peuvent alors être agréablement affectés.

En *automne*, disent les anciens, la mélancolie prédomine; les maladies atrabilaires et les affections qui les accompagnent se développent alors particulièrement.

Du reste, les changemens, si fréquens alors dans l'atmosphère, en amènent dans les esprits ; ils sont gais ou tristes, enjoués ou sérieux,

suivant que l'atmosphère est capable de faire naître ces divers états. Ces phénomènes s'observent même parmi les gens du peuple.

Enfin, en *hiver*, les hommes faibles le deviennent davantage, les vieillards se trouvent encore plus vieux. Les sensations étant toutes désagréables, l'homme devient triste, tombe dans l'état de recueillement; il pense que la saison des plaisirs est écoulée, qu'il arrive à l'hiver de son âge, qui sera bientôt suivi de la caducité et de la mort. C'est aussi alors que les passions haineuses se développent, que l'homme devient emporté, irascible, incommode à vivre; et l'on se rappelle que le chancelier de *Chiverni* prédit au président de *Thou* que, si le duc de *Guise* irritait l'esprit de *Henri III* pendant la gelée, il le ferait expédier sans autre forme de procès.

C. *Air sec et humide.* Son influence se rapporte, en grande partie, à celle de l'augmentation ou de la diminution de son ressort.

Lorsqu'il est sec et froid, il favorise beaucoup la transpiration, et finit par dessécher la peau et la durcir. Le ton des organes est irrité; delà, chez les sujets fort sensibles, un état de malaise et d'inquiétude, une disposition singulière à l'impatience et à l'emportement, une difficulté plus ou moins grande de fixer leur attention sur le même objet, et par suite, une mobilité fatigante d'esprit.

Dans les pays chauds et secs, on remarque abattement, destruction, en quelque sorte, des forces physiques; les forces intellectuelles et morales tombent alors en même temps dans la plus grande langueur; mais l'effet est passager comme sa cause, les corps et les esprits y reprennent bientôt leur degré d'activité ordinaire, et l'air se trouve par-là même purgé de toute émanation putride et dangereuse.

L'air humide et froid détermine l'inertie de l'intelligence et des desirs, donne lieu à des déterminations traînantes et incomplètes, entretient des goûts paresseux et une sorte de découragement.

L'humidité avec la chaleur détermine une débilité plus profonde et plus radicale encore. On voit alors une vieillesse précoce, une vie

languissante et timide qui glace toutes les facultés, décourage les individus dans tous leurs travaux et amène dans le moral une véritable dégradation.

C'est, au reste, à *Buffon*, et notamment à ses tableaux des caractères propres aux diverses températures, que nous sommes redevables de la connaissance de cette influence.

Il est d'ailleurs encore d'autres variations de l'atmosphère qui ont une action manifeste sur des individus très-sensibles : l'homme faible, dit *Tissot* (Mal. des gens du monde), au fond de son alcove, est sûr que c'est le vent du nord qui règne ; une insomnie, un malaise général, des douleurs universelles le lui apprennent, tandis que son fermier, qui a été plusieurs heures en plein air, a de la peine à en décider ; les brouillards lui donnent la migraine ; les temps pluvieux l'oppressent, lui ôtent l'appétit, l'énervent, et le rendent malheureux.

2.° *Influence isolée des gaz qui forment l'air.* Alors les facultés de l'homme varient encore.

Ainsi, quand c'est l'*oxigène* qui prédomine, il y a plus grand sentiment de bien-être et de force : les systèmes nerveux et musculaire ont plus d'activité ; les excitations intérieures deviennent plus vives ; tous les organes deviennent en général plus sensibles. Néanmoins, cet air surchargé d'oxigène, loin d'être plus salutaire, introduit dans l'économie, une sensibilité vicieuse et une série d'excitations excessives. Il use prématurément la vie, en l'augmentant passagèrement.

Quand c'est l'*azote*, on observe des changemens contraires : lourdeur et étonnement de la tête, embarras des idées ; impuissance et dégoût de tout mouvement.

Quand enfin c'est l'*acide carbonique*, il y a assoupissement, sommeil paisible, accompagné quelquefois de sensations agréables.

Une foule d'autres gaz détermine des phénomènes qu'on peut moins observer : ils ne se trouvent, en effet, qu'accidentellement

dans l'atmosphère, et la promptitude de leur action est si grande, quand c'est l'hydro-sulfure d'ammoniaque qui agit, qu'une mort subite en est le résultat (MM. *Thénard* et *Dupuytren*).

§. II. *Applicata.*

Ils n'ont guère d'influence que sur les formes de quelques-unes de nos parties susceptibles de modifications. Mais sur les idées leur influence est nulle, à moins cependant qu'on ne veuille y rapporter celle des modes, qui fait varier nos idées sur la beauté. Ce serait sortir de notre objet que de vouloir nous en occuper.

§. III. *Ingesta.*

1.° *Influence des Alimens sur les Idées.*

On peut, sous ce point de vue, considérer les alimens, comme l'observe *Lecamus* (Médec. de l'Esprit, t. 1, p. 319), sous le rapport de leur quantité et sous celui de leurs qualités.

A. *Alimens sous le rapport de leur quantité.*

La sobriété est une de ces vertus qui conduit certainement à la perfection de l'entendement. L'intempérance au contraire l'affaiblit, le gâte, souvent même l'abolit. La première conduit à une longue vie, donne une meilleure santé, rend plus robuste, plus agile, plus ingénieux et plus infatigable.

Il ne faut cependant pas tomber dans un excès contraire, nous recommandons la tempérance et non la diète.

B. *Alimens sous le rapport de leurs qualités.*

Examinons d'abord les alimens simples, puis ceux composés.

a. Alimens simples.

1.° *Végétaux.* Le pain ne paraît pas avoir d'influence particulière sur les idées. Les légumes en général, et par conséquent les fèves, qui étaient, prétend-on, défendues par *Pythagore* à ses élèves, sont des alimens grossiers qui engourdissent les sensations, ralentissent l'action des organes moteurs et nuisent à l'entendement et à la tranquillité d'un esprit qui cherche la vérité. C'est aussi ce qu'on voit chez les peuples qui se nourrissent de blé sarrazin, de châtaignes, etc.

Du reste, les plantes échauffantes, comme les aromatiques et stomachiques, dont l'homme fait usage, surtout comme assaisonnement et en prenant d'autres alimens, ces plantes, dis-je, lorsqu'on en use avec modération, ne sont pas moins utiles qu'agréables. Les sensations, au moins momentanées, de force et d'alacrité qui résultent de leur emploi, donnent, aux animaux comme à nous, une plus agréable conscience de la vie, conscience qui devient souvent nécessaire pour entretenir et renouveler les fonctions. L'excès de ces stimulans produit des effets opposés; il énerve manifestement : il en est de même des plantes rafraîchissantes, malgré leur mode d'action absolument contraire.

2.° *Animaux.* Ils stimulent davantage, donnent plus d'activité et de force; aussi les peuples carnivores sont-ils supérieurs aux frugivores dans les arts qui demandent beaucoup d'énergie et beaucoup d'impulsion. Non-seulement ils sont plus courageux à la guerre, mais encore ils déploient dans leurs entreprises en général un caractère plus audacieux, plus obstiné.

Le régime appelé *maigre* remplit mal le but d'éteindre les desirs vénériens et de régler l'imagination, dont les désordres contribuent, bien plus que les besoins physiques et réels, à nourrir des passions profondes et funestes (*Voyez* Traité de la Solitude, par *George Zimmermann*).

Les habitudes particulières des peuples ichtyophages dépendent beaucoup moins de la nature de leur aliment habituel, que du caractère des travaux auxquels ils se livrent pour se le procurer, ou des impressions propres à l'élément qui le fournit et dont ils bravent sans cesse les influences. Il en est de ces peuplades comme de celles qui vivent de chasse.

Du reste, les poissons et particulièrement ceux de la mer et des grands lacs, portent chez l'homme un surcroît de nourriture qui produit une corpulence inerte et froide, souvent fort incommode; delà résultent ordinairement différens états maladifs qui impriment au système nerveux un mouvement habituel d'irritation, qui produit à son tour des appétits bizarres, quelquefois des penchans funestes et cruels.

Le lait frais est, en quelque sorte, sédatif; il porte dans les organes du sentiment un calme particulier; les idées semblent devenir plus nettes, mais elles ont peu d'activité : les penchans sont paisibles, doux, mais en général sans énergie; et quoique cet aliment facile entretienne une force suffisante, il fait cependant prédominer tous les goûts indolens : l'on pense peu, l'on desire peu, l'on agit peu.

Tels sont aussi les effets de la diète lactée en général; car, pour quelques individus, elle peut ou produire des effets contraires, ou même n'être pas possible.

3.° Le *règne minéral* ne fournit guère que des assaisonnemens. En facilitant les digestions et en les activant, ils rendent l'esprit plus libre dans ses opérations.

β. Alimens composés.

On en a beaucoup exagéré les inconvéniens. Lorsqu'on en fait un usage modéré, ils sont aussi avantageux que les autres; seulement il est plus difficile de se restreindre, parce qu'ils excitent davantage l'appétit. Ils sont même souvent avantageux aux gens de lettres, dont les digestions sont pénibles.

2.° *Influence des Boissons.*

Il y a déjà long-temps qu'*Hippocrate* en avait parlé. Envisageons-les, comme les alimens, sous le rapport de leur quantité, et sous celui de leurs qualités.

α. Sous le rapport de leur quantité.

La nécessité de boire est évidemment prouvée par la quantité de nos liquides. La quantité des boissons doit être subordonnée à celle des alimens solides et à leur nature plus ou moins excitante. Il paraît qu'en général la boisson doit surpasser la nourriture solide, à cause de l'abondance des humeurs; mais cela varie selon ses qualités.

β. Sous le rapport de leurs qualités.

Liquides naturels. C'est de l'*eau* dont nous voulons parler. Or, celle qui est claire, pure, courante et légère, sans goût et sans odeur, est la plus avantageuse pour entretenir la santé. Elle maintient l'ame dans son assiette ordinaire, l'esprit libre et tranquille, le jugement sain. C'est ce qui fait qu'on a regardé les buveurs d'eau comme peu disposés au génie, à raison du calme et de la prudence de leur esprit.

Nulla placere diù nec vivere carmina possunt
Quæ scribuntur aquæ potoribus.....

(Hor., lib. epist. 19).

Ce reproche tombe seulement sur l'abus de l'eau. D'ailleurs, il est des personnes auxquelles son usage ne convient pas, comme chez les lymphatiques; c'est pour cela qu'en général l'eau mêlée au vin est ce qui convient le mieux.

Quant aux eaux saumâtres, celles chargées de dissolutions végétales et putrides, de substances terreuses et de sulfate de chaux, elles

débilitent le système nerveux, déterminent des affections vaporeuses qui tiennent l'esprit dans un état continuel d'agitation et d'abattement, anéantissent presque absolument ses fonctions et déterminent à la longue un véritable état d'imbécillité.

Liquides artificiels.

1.° *Vin.* Par l'habitude des impressions heureuses qu'il occasionne, par une douce excitation du cerveau, par un sentiment vif d'accroissement dans les forces musculaires, l'usage du vin nourrit et renouvelle la gaîté, maintient l'esprit dans une activité facile et constante, fait naître et développe les penchans bienveillans, la confiance, la cordialité. Il donne plus de vivacité à l'imagination, et c'est ce qui a fait dire à *Horace :*

« *Laudibus arguitur vini vinosus Homerus* ».
(Hor., lib. 1, ep. 19).

Et ailleurs :

« *Narratur prisci Catonis*
« *Sæpè mero caluisse virtus* ».
(Hor., lib. 3, ode 15, vers. 13).

Dans les pays de vignobles, les hommes sont, en général, plus gais, plus spirituels, plus sociables; ils ont des manières plus ouvertes, plus prévenantes. Leurs querelles sont caractérisées par une violence prompte : mais leurs ressentimens n'ont rien de profond, leur vengeance rien de perfide et de noir. Ces caractères se conservent jusque dans la vieillesse.

Au reste, l'abus de ces liquides détruit les forces du système nerveux, affaiblit l'intelligence, abrutit tout à-la-fois et le physique et le moral. « Εν τῇσι μέθῃσι, πλέονος ἐξαίφνης γενομενε τῦ αἵματος, μελαπίωλοισιν « αἱ ψυχαὶ. Καὶ τὰ ἐν τῇσι ψυχῇσι φρονήματα, καὶ γινονται τῶν μὲν « ὀνίων κακων ἐπιλήσμονες, τῶν δὲ μελλόνίων ἐυελπίδες ἀγαθῶν. » (Ιπποκρατες, περι φυσων. Sect. 111, p. 300)

Tel est aussi, en général, l'effet des *esprits ardens*, qui détruisent les forces de l'estomac en les excitant violemment et sans relâche quand on en mésuse. L'habitude de ce genre d'ivresse occasionne tout à la-fois la débilité des fonctions intellectuelles, l'inquiétude habituelle de l'humeur et le penchant à la violence. Son résultat extrême est la férocité, jointe à la stupidité, comme dans les grands scélérats.

2.° La *bière* produit des effets semblables, mais beaucoup inférieurs : elle ralentit en général l'action du système nerveux en déterminant un grand embonpoint. Le *cidre* agit de la même manière.

3.° *Café.* Il est souvent utile, et quelquefois nuisible. Ce n'est pas sans raison qu'on l'a nommé une *boisson intellectuelle* ; son action stimulante se porte sur les forces sensitives et sur les forces motrices. Loin de rompre leur équilibre naturel, il le complète et le rend plus parfait. Les sensations sont tout-à-la-fois plus vives et plus distinctes, les idées plus actives et plus nettes; il ne produit nullement le narcotisme, il en détruit au contraire les effets.

4.° *Thé.* Si ceux qui l'ont découvert, et beaucoup d'autres, en ont trop célébré les grandes vertus, les modernes en exagèrent beaucoup les inconvéniens. En vertu de l'eau chaude, il débilite l'estomac et le système nerveux ; mais cet effet est beaucoup tempéré par sa matière extractive, astringente, qui s'y trouve fort concentrée.

§. IV. *Acta.*

A. *Mouvemens.* L'exercice modéré ou la simple promenade, comme un moyen de distraction, est très-avantageux pour les fonctions intellectuelles. Il attire l'action vitale sur les muscles, multiplie les impressions extérieures, occupe tous les sens à la

fois, change aussi l'ordre des impressions intérieures, et suspend le cours des habitudes contractées pendant le repos. Il n'est nullement favorable à la réflexion, à la méditation, aux travaux qui demandent qu'on rassemble et concentre toutes les forces de son esprit. Du reste, l'exercice de la force musculaire émousse le système nerveux; le sentiment de cette force imprime des déterminations qui transportent sans cesse l'homme hors de lui-même, ne lui permettent guère de peser sur les impressions transmises à son cerveau. Le régime athlétique peut cependant convenir dans les cas où il y a une trop grande mobilité nerveuse, qui détermine l'impuissance des facultés intellectuelles; il donne à ces dernières plus de stabilité et d'énergie. Du reste, à la longue, il tend à développer dans le moral des penchans à la violence et à l'habitude de l'irréflexion.

Le travail modéré, outre ses avantages, sous une foule de rapports, en a de réels relativement à notre objet. On le considère comme le principe du bon sens et des bonnes mœurs, comme le véritable régulateur de la nature morale. Les hommes laborieux se distinguent en effet par les habitudes du bon sens, de l'ordre et de la probité.

Chaque genre de travail varie d'ailleurs dans ses effets; il opère, en quelque sorte, à sa manière, et, sous ce rapport, on peut distinguer les travaux en ceux qui s'exécutent dans des lieux fermés ou en plein air; puis en ceux où l'ouvrier est assis, ce sont les *travaux sédentaires*, et ceux où il est debout. On doit tenir compte dans tous les cas : 1.° de la nature des instrumens que les travaux exigent; 2.° de celle des matériaux que les ouvriers façonnent; 3.° du caractère des objets dont les ouvriers sont ordinairement environnés. C'est un vaste plan de considérations pour lequel on ne peut que renvoyer aux *maladies des artisans* (traduction de M. *Fourcroy*).

B. *Repos.* On peut considérer celui de l'ame et celui du corps.

Le premier est nécessaire, mais doit être modéré ; autrement il dégénère en paresse qui rouille et engourdit l'esprit.

L'inertie des fibres musculaires détermine la vie à se concentrer sur le système nerveux, et par conséquent toutes les fonctions dépendantes de la sensibilité acquièrent une prédominance remarquable : la tête est plus active ; les sentimens, tout ensemble vifs et profonds, appartiennent aussi aux personnes que les impressions et les mouvemens extérieurs ne tirent pas sans cesse hors d'elles-mêmes. Cependant le repos, et surtout le sommeil, qui souvent lui succède, quand il est trop prolongé d'une manière habituelle, engourdit le système nerveux, débilite en quelque sorte les fonctions du cerveau. Mais le plus souvent dans l'état de repos, l'action du système nerveux est entretenue par différens genres d'impressions dont l'influence dépend des habitudes particulières du sujet. Ainsi, chez les personnes accoutumées aux travaux manuels très-forts, les organes de la digestion sont ceux qui ont le plus d'empire sur le cerveau ; delà vient cet excès de nourriture qui est alors pour elles le seul moyen de se donner une partie des sensations fortes que l'habitude leur a rendues nécessaires, et de tirer un cerveau naturellement inerte de son engourdissement et de sa langueur.

Au reste, chez les hommes étrangers aux grands mouvemens, l'activité du principe pensant est souvent entretenue par l'état des viscères abdominaux, ou par des points de sensibilité vicieuse établis dans leur région.

C. *Sommeil.* A l'égard du sommeil, qui est plutôt *gelidæ mortis imago*, qu'une fonction particulière du cerveau, comme le prétend *Cabanis*, on le voit tour-à-tour, ou redonner une nouvelle vie au principe pensant, et rendre ses opérations plus parfaites, ou l'affaiblir, l'engourdir, et faire tomber toutes les fonctions intellectuelles dans la langueur. Il est très-essentiel aux hommes très-sensibles et qui reçoivent beaucoup d'impressions ; les veilles prolongées affai-

blissent leur intelligence et leurs forces. Mais quand son excès dépend de l'extrême sensibilité de l'estomac, il est contraire.

Du reste, comme nous avons déjà eu occasion de le dire, tous les organes ne s'endorment pas à-la-fois; le sommeil n'est pas également profond dans chacun d'eux; il est d'ailleurs rarement général, et les impressions, tant extérieures qu'intérieures, éveillent souvent certaines parties du cerveau; delà les *rêves*. Ses variétés, au reste, sont extraordinairement nombreuses.

D. *Veilles*. Les veilles modérées aiguisent l'esprit, le rendent moins lourd et plus dispos à concevoir; mais trop prolongées, en altérant la santé, elles produisent des effets contraires et fâcheux.

§. V. *Excreta*.

Les excrétions n'influent sur les idées que par leurs dérangemens, qui sont le plus souvent l'effet de quelques maladies. Mais examinons seulement ici les excrétions que l'homme peut à sa volonté déterminer, et notamment celle de la semence. Or, cette excrétion modérée entretient dans l'homme la liberté de l'esprit, le corps ferme et robuste, rend l'ame hardie et prompte dans ses opérations. L'amour, la gloire, l'ambition, remuent diversement son cœur, et lui font éprouver mille émotions plus vives et plus agréables les unes que les autres : enjoué, badin, éloquent, il développe le caractère de son affection, en exprime le génie, et parle le langage qui lui est propre.

Les abus, au contraire, font tomber dans une tristesse et une mélancolie habituelle; ils éteignent successivement les sens et les facultés de l'ame, et font tomber dans le marasme ou conduisent à l'idiotisme.

§. VI. *Percepta.*

Les perceptions sont elles-mêmes les causes de nos idées, comme nous l'avons vu, et leurs variétés entraînent nécessairement celles des idées qui en dépendent. Ce serait donc rentrer dans tout ce que nous avons dit au sujet des sensations que vouloir en parler.

Art. V.

Variétés des Idées suivant les climats.

Sous le rapport du degré de chaleur, elles rentrent dans l'influence de la température de l'air, que nous avons examinée. Nous n'avons donc à nous en occuper que sous le rapport des lieux, en cherchant à suivre les exemples que nous a donnés *Hippocrate.*

Helvétius et quelques autres traitent de chimérique cette influence du climat; mais *Montesquieu* et le plus grand nombre des savans distingués sont de l'avis d'*Hippocrate.* L'opinion de ces derniers est beaucoup plus vraisemblable : car, comme ils l'ont fait observer, si l'on considère les habitudes morales d'un peuple tout entier, on trouvera sans peine qu'elles ne sont autre chose que la série ordinaire de ses affections ou de ses penchans, de ses idées ou de ses opinions, de ses déterminations ou des actes qui résultent et de ses opinions et de ses penchans; diverses circonstances qui sont toutes le produit nécessaire des impressions que le peuple reçoit chaque jour. Mais les impressions se rapportant aux objets qui les produisent et aux dispositions des organes sensibles sur lesquels s'exerce l'action de ces objets, l'on voit évidemment qu'elles doivent différer, et suivant la nature de ces impressions, et suivant l'état des parties sensibles qui les reçoivent.

Examinons donc maintenant les principales variétés qu'on peut observer, et pour ce, suivons *Ant. Lecamus*, dans sa Médecine de

l'Esprit, observant que d'une zône à l'autre, il y a des différences insensibles, et que, pour en montrer de réelles, il faut prendre des termes extrêmes.

1.° *Caractère des Peuples du Nord.*

Lenteur et rudesse de l'entendement. Leur ame ne s'émeut que par les actions et les réactions de grandes forces; elle doit donc en concevoir elle-même des sentimens de force et de hardiesse. Delà ces peuples doivent être courageux, intrépides, belliqueux: ces conséquences, tirées du raisonnement, sont confirmées par l'histoire.

Les déserts, qu'on y remarque souvent, donnent à quelques-uns un air extrêmement farouche et un tempérament dur et inflexible qui les rend cruels et impitoyables.

La fécondité est aussi une suite de la force de ces peuples. C'est donc avec justesse que le Goth *Jornandez* appelait le Nord la *fabrique du genre humain.* On devrait, dit *Montesquieu* (Espr. des Lois, liv. 17, chap. 5) aussi l'appeler la fabrique des instrumens qui brisent les fers forgés au Midi.

2.° *Caractère des Peuples du Midi.*

État contraire. Ils sont timides et nullement propres aux armes: on les voit petits, maigres et faibles. Ils ne sont pas faits pour des guerriers; facilement esclaves, ils ne demandent que la paresse et le repos.

« *Quidquid ad Eoos tractus, mundique teporem*
« *Labitur, emollit gentes clementia cœli.*
« *Omnis in arctois populus quicumque pruinis*
« *Nascitur, indomitus bellis et mortis amator* ».

(LUCANUS, phars. lib. 8).

Ils sont rusés; « *Quæ in frigidis regionibus degunt gentes et quæ*

« *per europam, animo quidem abundant, ingenii verò et artificii* « *parùm habent. Quæ verò Asiam incolunt, ingenio et arte abun-* « *dant, sed magnanimitate carent* » (ARIST., lib. 7, *politicorum*).

Ils sont souvent menteurs, et à cet égard *Virgile* nous dit (Æneid., lib. 1 :

« *Quippè domum timet, ambiguam tyriosque bilingues* ».

Grands parleurs et toujours prêts à tromper, ils ont un esprit vif et inconstant.

Comme les peuples du nord, ils sont en général peu propres aux sciences. Il y a cependant de fréquentes exceptions, surtout pour les pays chauds. C'est même ce qui a fait dire à *Héraclite* (Hist. philosop., part. 8, p. 836) : *Ubi terra sicca est, anima sapientissima est et optima* ».

3.° *Caractère moral des Peuples des Régions tempérées.*

Ici se rangent tous les peuples compris entre le 35° et le 53°; mais bornons-nous aux *Anglais*, *Français*, *Italiens* et *Espagnols*.

A. *Anglais*. Ils sont mélancoliques, adonnés aux sciences abstraites, aux mathématiques, à la théologie la plus profonde, et aux ouvrages qui demandent la plus grande force et la plus pénétrante snbtilité de l'esprit.

« *Aristoteles quidem ait, omnes ingeniosos, melancholicos esse.* « *Ut ego me tardiorem esse non molestè feferam enumerat multos;* « *Idque quasi constet, rationem cur ita fiat, affert. Quod si tanta* « *vis est ad habitum mentis in iis quæ giguntur è corpore ea* « *sunt*, etc. » (TULLIUS, quest. lib. 1).

Les *Newton*, *Schakespeare*, *Milton*, *Pope*, et autres génies, immortalisent cette nation.

B. *Français.* Que de variétés! Si la vivacité des *Gascons* nous plaît, la pesanteur des *Limosins* nous assomme; si l'étourderie des *Picards* nous choque, la bonté des *Champenois* nous rassure. Mais sans nous attacher à ces variétés innombrables, disons qu'en général les Français sont civils, affables, de bon goût et propres à polir ce que les autres n'ont fait qu'enfanter sous une masse informe.

Zara (Anat. ingenior., sect. 1) dit : « *Qui temperatâ regione* « *degunt, iis est acre ingenium, insignis facultas ad quæque addis-* « *cenda, expedita oratio, ad excogitandum acuti, ad explicandum* « *uberes, et ad eloquendum mirè prompti* ».

D'un climat à l'autre, il est, au reste, des variétés auxquelles nous ne nous arrêterons pas; c'est ainsi que *Guillaume le Conquérant,* le vaillant *Richard,* l'intrépide *Robert* se sont distingués en Normandie par leur courage. Dans le même pays, *Brébeuf,* les deux *Corneilles, Porée, Fontenelle* et plusieurs autres sont montés sur le Parnasse.

C. *Italiens.* On y voit les *Césars,* les *Augustes;* mais en outre l'Italie est féconde en beaux esprits. On y a vu autrefois *Virgile, Horace, Ovide, Properce, Perse;* aujourd'hui *Tasse, Arioste,* etc. Pour l'histoire, *Tacite, Saluste, Tite-Live* l'ont illustrée, et de nos siècles *Guicciardin, Bentivoglio, Davila* et autres lui font honneur.

Pénétration, vivacité, fécondité, imagination brillante, prompte, pleine de saillies et de cascades; jaloux, superstitieux, débauchés. Tel est leur caractère.

D. *Espagnols.* Sérieux à l'extrême, paresseux et arrogans, fiers et orgueilleux, quoique pauvres et peu instruits; ils ont un amour furieux et intéressé, une vanité extrême et ridicule. Leurs historiens sont visionnaires, leurs romanciers extragavans; leurs poètes nombreux et généralement mauvais; leurs livres de doctrine peu faits pour instruire; leur théologie méprisée de *Pascal.*

en raison des semences qu'on y aura jetées et de la culture qu'on lui aura donnée. *Sénèque* dit avec raison : « *Erras, si existimes vitia « nobiscum nasci; supervenerunt, ingesta sunt.* » (Epist. 91, 95)

L'*éducation*, prise dans un sens général, est, en quelque sorte, la culture de l'esprit humain. On peut, comme le remarque M. *Perreau* (Études de l'Homme phys. et mor.) distinguer deux choses en elle : l'*instruction* et l'*institution*. On peut nommer *instruction* l'ensemble des soins qui ont pour but uniquement d'aider le développement des facultés de l'esprit, d'éclairer l'intelligence, de meubler la mémoire, de fixer la pensée, d'appeler la réflexion et de guider le jugement.

L'*institution* est l'ensemble de ces soins d'une autre espèce, qui ont pour objet d'aider les progrès de la sensibilité physique et morale, de former à-la-fois toutes les facultés qui correspondent à l'une et à l'autre. Elle doit toujours être particulière, parce qu'elle exige cette continuité de soins dont les parens sont seuls vraiment capables; parce qu'elle agit plus par le sentiment que par les préceptes, et qu'il faut plus d'exemples que de raisonnemens.

On peut considérer cette dernière comme l'art de faire contracter de bonne heure, c'est-à-dire, quand les organes sont très-flexibles, les habitudes, les façons d'être et les opinions adoptées par la société dans laquelle on doit vivre un jour. C'est alors que l'on montre à l'enfant différens objets, qu'on l'accoutume à aimer ou à haïr, à desirer ou à fuir, à estimer ou à mépriser; c'est ainsi que les opinions se transmettent des pères, des mères, des nourrices, des maîtres aux enfans; c'est ainsi que l'esprit se remplit peu-à-peu de vérités ou d'erreurs, d'après lesquelles chacun règle sa conduite, qui le rend heureux ou malheureux, vertueux ou vicieux, estimable ou haïssable pour les autres, content ou mécontent de sa destinée, suivant les objets vers lesquels on dirige ses passions et l'énergie de son esprit, c'est-à-dire dans lesquels on lui a montré son intérêt et sa félicité. En conséquence, il aime,

il cherche ce qu'on lui dit d'aimer et de chercher; il a des goûts, des penchans, des fantaisies que, dans tout le cours de sa vie, il s'empresse de satisfaire, en raison de l'activité dont la nature l'a pourvu et que l'on a exercée en lui.

Mais, en nous bornant à ces considérations relativement à l'institution, revenons plus particulièrement à l'*instruction*, que nous devons avoir plus spécialement en vue.

Elle a pour but, avons-nous dit, d'aider le développement des fonctions du système nerveux, et notamment du cerveau.

L'éducation des sens se lie nécessairement au développement des fonctions du cerveau qui ont rapport à la perception; c'est dans l'enfance qu'on doit surtout l'envisager; c'est alors aux sens qu'il faut parler; c'est eux qu'il faut exercer et diriger convenablement : le reste du travail dépend seul de l'élève, et nullement de celui qui l'enseigne. C'est ainsi que la nature se comporte à cet âge; suivons-la donc dans les autres. Or, à mesure que la somme des sensations s'agrandit, la mémoire et l'imagination commencent à entrer en activité. L'âge qui suit l'enfance est celui où l'éducation doit soigner les impressions qui y ont rapport : alors il y a, d'un côté, assez de sensations antécédentes pour que la mémoire puisse s'exercer à nous les retracer, et que l'imagination y trouve le type des sensations illusoires qu'elle nous présente. D'un autre côté, le peu d'activité du jugement, à cette époque, favorise l'énergie d'action de ces deux facultés : alors aussi la révolution qu'amène la puberté, les goûts nouveaux qu'elle enfante, les desirs qu'elle crée, étendent la sphère de la seconde.

Lorsque la perception, la mémoire et l'imagination ont été perfectionnées, que leur éducation est finie, celle du jugement commence, ou plutôt devient très-active; car, dès qu'il a des matériaux, le jugement s'exerce. Les fonctions des sens, une partie de celles du cerveau n'ayant plus rien à acquérir, toutes les forces se concentrent pour le perfectionnement de celui-ci.

Suivons donc, dans l'éducation artificielle, les lois que la nature nous met sous les yeux. Ainsi appliquons l'enfant au dessin, à la musique, ect.; l'adolescent aux sciences de nomenclature; aux beaux-arts que l'imagination a sous son empire; l'adulte aux sciences exactes, à celles dont le raisonnement enchaîne les faits. L'étude de la logique et des mathématiques terminait l'éducation ancienne : c'était un avantage parmi ses imperfections.

Mais quels sont les moyens de cultiver dans chaque âge les qualités de l'esprit? Le même ne peut évidemment convenir à tous. Les variétés, dans les organes des sens, étant aussi nombreuses que les individus eux-mêmes, le mode de perception et des fonctions qui en sont la suite variant selon chacun d'eux, il faudrait, en conséquence, un mode d'enseignement approprié à l'état particulier des sens et de la faculté percevante de chaque individu. C'est en cela que l'éducation particulière aura toujours l'avantage sur l'éducation publique, surtout quand l'instituteur aura soin de se conformer aux variétés qu'il observera et qu'il se mettra, en quelque sorte, entièrement dans les mêmes circonstances que celles où se trouve son élève. Ce ne serait donc pas à tort qu'on devrait exiger d'un instituteur les connaissances physiologiques les plus profondes, surtout à l'égard des fonctions des sens et du cerveau.

Il faut, en quelque sorte, pour l'éducation publique, imiter ce que l'on fait pour celle particulière ; mais un seul instituteur ne pouvant se conformer à un trop grand nombre d'élèves, il est de toute nécessité de les groupper et de les réunir par classes.

Or, abstraction faite de quelques exceptions, qui peuvent avoir lieu relativement au développement plus précoce de quelques individus et les faire réunir à ceux d'un âge plus avancé, il faut d'abord les classer sous le rapport de l'âge, et diriger l'éducation de chaque classe à raison du développement des différentes fonctions du cerveau, développement dont nous avons fait mention plus haut.

Les séries étant encore formées d'un très-grand nombre d'individus, dans des écoles un peu fréquentées, on peut les diviser de nouveau à raison des variétés que chaque individu présente sous le rapport de son tempérament, de ses goûts et de ses penchans, variétés faciles à reconnaître dans le jeune âge, en abandonnant pendant quelque-temps l'enfant entièrement à lui-même.

C'est aussi ce que conseille *Montaigne ;* il dit, en effet, en parlant d'un conducteur qu'il choisirait pour un enfant : « Je voudrois que de « belle arrivée, selon la portée de l'ame qu'il a en main, il commençât « à la mettre sur la montre; lui faisant goûter les choses, les choisir « et les discerner d'elle-même : quelquefois lui ouvrant le chemin, « d'autres fois le lui laissant ouvrir. Je ne veux pas qu'il invente seul, « je veux qu'il écoute son disciple parler à son tour. Il est bon qu'il « le fasse trotter devant lui, pour juger jusqu'à quel point il doit se « ravaler pour s'accommoder à sa force. Ceux qui, comme notre « usage porte, entreprennent, d'une même leçon et pareille mesure, « de conduire, régenter plusieurs esprits de diverses manières et « formes; ce n'est pas merveille, si en tout un peuple d'enfans ils en « rencontrent à-peu-près deux ou trois qui rapportent quelques « fruits de leur discipline ».

Il est donc plus avantageux de commencer à étudier les enfans avant de songer à les endoctriner dans quelque genre que ce soit; en mettant ainsi moins de prétention dans notre savoir, nous retirerions de cette conduite si facile de grands avantages, non-seulement pour eux, mais encore pour nous-mêmes; ils y gagneraient d'être moins ennuyés et plus solidement instruits, en même-temps que nous apprendrions d'eux les premières règles de l'analyse, qui, seules, peuvent nous fournir les moyens d'assurer les progrès que nous avons faits dans les sciences et d'en faire de nouveaux. Au reste, chaque classe, séparée comme nous l'avons dit, peut être dirigée dans ses études d'une manière parfaitement accommodée aux circonstances qui ont conduit à sa séparation.

C'est surtout dans ce dernier genre d'enseignement qu'on cherche à exciter l'émulation, ou, pour mieux dire, à piquer l'amour-propre, et c'est dans cette intention qu'annuellement on décerne des récompenses à ceux qui les ont méritées. Mais leur avantage n'est pas aussi réel qu'on pourrait le croire, car on doit soigneusement éviter de plonger dans le découragement les moins favorisés de la nature, et souvent de leurs maîtres, soit en les regardant d'un mauvais œil, soit en abaissant trop leur amour-propre et élevant celui de leurs vainqueurs.

Au reste, tel individu supérieur à tel autre, quoique enseignés tous deux en même temps, et par conséquent de la même manière, lui serait peut-être inférieur si on eût suivi un mode d'enseignement approprié à l'état des facultés de ce dernier.

Rien n'est donc plus important à étudier que ces variétés individuelles, et c'est pour ne pas y avoir assez donné d'attention que beaucoup d'enfans doivent au peu de savoir de leurs instituteurs le défaut de leur perfection.

Ecoutons d'ailleurs l'auteur des études de la nature sur les dangers de cette malheureuse émulation.

« La vertu et l'ambition sont incompatibles. La gloire de l'ambition est de monter, celle de la vertu est de descendre.

« Cette prétendue émulation inspirée aux enfans, les rend, pour « toute leur vie, intolérans, vains, changeans au moindre blâme, « ou au plus petit éloge d'un inconnu. On leur donne, dit-on, de « l'ambition pour leur bonheur, afin qu'ils fassent fortune dans le « monde; mais la cupidité naturelle suffit au-delà pour remplir cet « objet. Est-ce que les marchands, les ouvriers et toutes les profes- « sions lucratives, c'est-à-dire, tous les états de la société, ont besoin « d'un autre stimulant? Si on n'inspirait d'ambition qu'à un seul « enfant destiné à remplir un jour de grands emplois, cette éduca- « tion, qui ne serait pas sans inconvénient, serait au moins conve-

« nable à la carrière qu'il veut parcourir. Mais en l'inspirant à tous, « vous donnez à chacun autant d'ennemis qu'il a de compagnons; « vous les rendez malheureux les uns par les autres; ceux qui ne « peuvent s'élever par les talens, cherchent à réussir auprès de leurs « maîtres par des flatteries et à faire tomber leurs égaux par les « médisances. Si ces moyens ne leur réussissent pas, ils prennent en « haine les objets de leur émulation, qui valent à leurs camarades « des applaudissemens, et qui sont pour eux des sources perpétuelles « d'ennui, de châtimens, de larmes. Voilà pourquoi tant d'hommes « bannissent de leur mémoire les temps et les objets de leurs pre- « mières études, quoiqu'il soit naturel au cœur humain de se rap- « peler avec délices les époques de l'enfance.

« Il n'y aurait, dit le même auteur, dans un autre endroit et à « l'occasion du plan qu'il fait d'une maison d'éducation, il n'y aurait « parmi ces jeunes gens, ni récompense ni envie; les punitions y « seraient fort légères. Si vous voulez vous former une idée d'une « pareille assemblée, concevez, au lieu de nos jeunes gens de col- « léges, pâles, méditatifs, jaloux, tremblans sur le sort de leurs « infortunées compositions, des jeunes gens gais, contens, attirés par « le plaisir; voyez-les tous attentifs à la leçon du maître, s'aidant les « uns les autres à la concevoir, à la retenir et à répondre à ses « questions imprévues. Représentez-vous les progrès rapides des « études éclaircies par des maîtres intelligens et recueillies par des « élèves qui s'entr'aident mutuellement à les retenir : figurez-vous la « science se répandant parmi eux comme une flamme dans un bûcher « dont toutes les pièces sont bien ordonnées, se communiquant de « l'une à l'autre et les embrasant toutes à-la-fois : voyez naître parmi « eux, au lieu d'une vaine émulation, l'union, la bienveillance, « l'amitié pour une réponse suggérée à propos, pour une excuse « donnée en faveur d'un absent par des camarades voisins et pour « d'autres services rendus. Le souvenir des liaisons du premier âge « les rapprocherait encore dans le monde, malgré les préjugés de

« leurs conditions. C'est dans cet âge tendre que la reconnaissance « et le sentiment se gravent pour toute la vie aussi profondément « que les élémens des sciences et de la religion ».

Qu'on me pardonne cette excursion sur une matière qui m'est presque étrangère ; mais la circonstance et le sujet l'exigeaient en partie.

Telles sont les légères considérations que j'ai cru devoir présenter sur les sensations et les idées qui en sont la suite. Heureux si je puis prouver à MM. les Professeurs que j'ai su mettre à profit leurs savantes leçons, et mériter un titre que je les prie de vouloir bien m'accorder !

ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΑΦΟΡΙΣΜΟΙ. HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Οἱ ἂν ὀστέον, ἢ χόνδρος, ἢ νεῦρον ἀποχοπῇ ἐν τῳ σώματι, ἔτε αὐξεῖται, ἔτε συμφύεται. (Τμημα ἑβδομον, 28.)

Quodcunque os, aut cartilago, aut nervus in corpore dissectus fuerit, neque augetur, neque coalescit. (*Sect. VII*, *aph.* 28.)

II.

Γερονῖες εὐφορώταια νηστιν φέροισι δεύτερον, οἱ καθεστηκότες: ἥκιστα, μειράκια. πάντων δὲ μάλιστα, παιδία. τελέων δὲ ἀνδρέων ἃ ἂν τύχῃ ἀνδρὶ ἑωυτῶν προθυμότερα ἐόντα. (Τμημα πρωτον, 13.)

Senes facillimè jejunium ferunt, secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri: ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. (*Sect. I*, *aph.* 13.)

III.

Ῥᾷον πληρωθαι ποτῳ ἢ σιτίῳ. (Τμημα δεύτερον, 11.)

Facilius est repleri potu quàm cibo. (*Sect. II*, *aph.* 11.)

IV.

Δύο πόνων ἅμα γινομένων μὴ κατὰ τὸν αὐτὸν τόπον, ὁ ζοφοδρότερος, ἀμαυροῖ τὸν ἕτερον. (Τμημα δεύτερον, 46.)

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. (*Ibid.*, *aph.* 46.)

V.

Ἐν πάσῃ κινήσει τοῦ σώματος, ὁκόταν ἄρχηται πονέειν, το διαναπαυειν εὐθυς, ἄκοπον. (Τμημα δεύτερον, 48.)

In omni corporis motu, quandò dolere cœperit, interquiescere statim, lassitudinem curat. (*Ibid.*, *aph.* 48.)

AVANT-PROPOS.

En me rendant à Londres, pour voir et connaître dans un court délai les hôpitaux de ce pays, examiner avec attention leur administration intérieure, et faire connaissance avec des chirurgiens haut placés dans l'estime de leurs concitoyens, et honorablement inscrits dans les fastes de notre profession, j'aurais cru manquer à ce que je me dois à moi-même, si, trop spécial, j'avais pu encourir le blâme de n'avoir porté mes regards que sur une des faces de mon vaste sujet; mais cependant, dans le cours de ce voyage, comme toujours la chirurgie a eu pour moi cet entraînement instinctif qui décide de la direction que nous donnons à notre carrière sociale, et comme en outre j'avais trop peu de temps à donner à l'examen que j'avais à faire, j'ai dû me restreindre moi-même, et en cela la raison se trouvait en harmonie avec mon penchant; et puis, il faut le dire promptement, on peut plus facilement connaître la chirurgie d'un pays que sa médecine interne. La chirurgie procède extérieurement dans bien des cas, et l'on aura l'occasion de saisir d'un coup d'œil les différences dans les procédés et les méthodes opératoires, l'application des médications externes, les pansements, les appareils, les topiques de toute nature, d'un pays à l'autre. Il n'en est pas de même de la médecine interne; chaque peuple a ou doit avoir sa médecine interne propre, et elle doit varier par chaque dix degrés de latitude, en allant du nord au sud, *et vice versâ*. En second lieu, les habitudes d'un peuple, manufacturières ou agricoles, doivent être consultées. Le régime alimentaire, les boissons, la nourriture plus ou moins substantielle, les travaux, les passions, font varier d'un pays à l'autre les idiosyncrasies des masses, comme les situations sociales modifient les idiosyncrasies des classes, par des nuances infiniment multipliées, et que le médecin observateur et non routinier devra chercher à saisir. On ne saurait donc connaître, apprécier et juger les théories et la pratique médicale qui règnent dans une nation, sans connaître cette nation elle-même; et c'est là ce que l'on n'acquiert que par un long séjour. Un de nos compatriotes, M. le docteur Bureaud-Rioffrey, déjà identifié au peuple anglais, s'efforce à nous offrir un tableau fidèle de la médecine pratique anglaise, car elle est fort peu théorique, et à en faire passer sous nos yeux moins les théories que le sage empirisme; c'est à cela qu'est principalement destiné un recueil mensuel que le docteur Bureaud publie à Paris, et qui donne avec une appré-

ciation raisonnée les opinions des praticiens anglais, leur méthode d'agir avec une énergie si remarquable sur une constitution bien moins facile à ébranler que la nôtre (1).

La médecine pratique, hors du cadre ophtalmologique, se trouvait donc étrangère aux considérations que je veux établir ici ; et si je me suis abstenu de m'en occuper, à plus forte raison m'abstiendrai-je d'en parler, convaincu que je suis que l'on peut étudier et apprécier en peu de temps la chirurgie de tous les peuples, que l'on peut en tous lieux acquérir des idées nouvelles sur cette partie de l'art de guérir, et l'exercer partout en tant que médecine opératoire, tandis que pour la médecine interne, il faut principalement l'avoir étudiée dans le pays où l'on est appelé à l'exercer.

En second lieu, M. le docteur Sanson, mon ancien et honoré maître, professeur de clinique externe à la Faculté de Paris, auquel ces lettres devaient être adressées, étant dans ce moment lui-même à Londres, sa présence rend inutile beaucoup de détails que, sans cette circonstance, j'aurais cru devoir lui transmettre. Une autre raison m'engage à me restreindre beaucoup ; d'ici à un an, le docteur Bureaud nous promet un guide raisonné dans les hôpitaux de Londres (2). Cet ouvrage sera le manuel nécessaire de tout chirurgien du continent qui voudra visiter le Londres médical d'une manière saine et prompte, et juger d'une manière exacte, hommes et choses. Heureux moi-même, si, par une appréciation rapidement conçue, et plus rapidement écrite, de tout ce qui regarde l'ophtalmologie, je suis censé avoir, dès à l'avance, donné quelques notes pour ce livre qui sortira de la plume exercée de mon ami.

---

(1) *Revue médicale anglaise.* A Paris, chez Crochard.

(2) Avant que M. le docteur Bureaud-Rioffrey, notre compatriote, ait terminé son *Guide médical à Londres*, il veut bien, lorsque ses occupations le lui permettent, et avec une extrême obligeance, aider de ses conseils, et surtout de ses rapports honorables avec les premiers praticiens de ce pays, les médecins et chirurgiens fraoçais, ses confrères. C'est une occasion d'apprendre vite et bien, que l'on ne devra pas négliger. De mon côté, je m'empresserai de mettre en rapport avec M. le docteur Bureaud tout médecin qui pourrait le désirer.

LETTRES

SUR LES HOPITAUX DE LONDRES,

ET PRINCIPALEMENT SUR LES DISPENSAIRES OPHTALMIQUES DE CETTE GRANDE VILLE.

PREMIÈRE LETTRE.

Monsieur le docteur Vingtrinier, médecin des prisons, à Rouen.

MONSIEUR ET HONORABLE CONFRÈRE,

Lorsqu'il y a deux ans je passai par la Normandie pour faire un voyage d'agrément, j'eus l'honneur de vous connaître à Rouen, et je vis en vous le praticien habile et philantrope qui connaissait à fond et pratiquait avec succès l'ophtalmologie, et traitait à l'aide d'une thérapeutique médicale ou chirurgicale aussi sage par le conseil qu'habilement conduite par la main, les infirmités oculaires de la classe pauvre d'une grande ville.

Que ne suivez-vous l'exemple de M. Midlemore, qui a fondé à Birmingham un dispensaire ophtalmique, à l'instar de ceux de Londres? que ne dotez-vous Rouen, le Manchester de la France, d'une consultation oculaire en faveur de la classe indigente manufacturière, si souvent accablée dès l'enfance par les affections d'yeux?

Puissent ces lettres que je vous adresse de Londres vous fortifier dans votre noble tentative! avec vous il n'est besoin que de dire *allez*, et pour le faire d'une manière un peu cicéronienne, je le fais par ces deux mots : *Perge et me ama.*

J'ai l'honneur d'être avec une parfaite considération, mon cher confrère, etc.

Aperçu général sur les hôpitaux de Londres, sur les écoles de médecine et de chirurgie qui y sont annexées, sur les musées anatomiques de ces établissements.

Londres, le 20 août 1836.

MONSIEUR ET CHER CONFRÈRE,

A peine arrivé à Londres, j'eus le bonheur de faire une connaissance très-utile pour me guider dans cet immense foyer de civilisation, et pour arriver en peu de temps à beaucoup étudier, à beaucoup voir. J'avais été adressé à M. le docteur Bureaud-Rioffrey, auteur de la nouvelle *Revue médicale anglaise*, et dès le lendemain j'allai avec lui visiter l'hopital de Saint-Barthélemy : c'est de cette maison que je vous entretiendrai d'abord, après avoir jeté un aperçu général sur les hôpitaux et leur administration.

Les hôpitaux n'ont pas en général l'étendue de ceux de Paris. En cela ils offrent un avantage, c'est d'être plus dispersés, plus à la portée des familles, et de *sentir* moins *l'hôpital*, comme le dirait trivialement un homme du peuple. Les salles sont en général élevées, bien éclairées, et ne renferment pas au-delà de quatorze lits. L'espace entre les lits est grand, et ils sont entourés de ces petits meubles qui permettent au malade d'avoir une sorte de petit ménage, ce qui lui ôte encore jusqu'à un certain point l'idée, toujours pénible, de n'être point chez soi, et lui conserve tous les plaisirs du *at home* (au logis). Les peintures des meubles, des lits, des tables de service, toutes à l'huile, permettent un facile lavage; le plancher est toujours formé de madriers de sapin, qui, passés chaque jour à l'éponge et au savon, sont d'une blancheur et d'une propreté exquises; aussi l'odorat n'est-il pas offensé dans ces maisons par cette odeur mélangée, d'aliments, de cataplasmes brûlés, de latrines, qui chez nous, et surtout à l'Hôtel-Dieu, affecte si désagréablement, et doit être une cause réelle d'insalubrité. Une cheminée à l'anglaise, et au charbon, tient à l'état de chaleur convenable la pièce elle-même et les médicaments, je ne dirai pas les tisanes, dont les Anglais sont fort peu prodigues; le thé, permis en toute circonstance aux malades, et qu'ils doivent apporter du dehors, leur sert de boisson diaphorétique, stimulante, diurétique, apéritive, comme on voudra le dire, dans tous les cas, et pour tous les cas. Les lits n'ont pas de rideaux pendant la belle saison, excepté pour les opérés, dont le lit est en outre entouré d'un large paravent, meuble que l'on devrait introduire dans nos hôpitaux, surtout dans les salles ophtalmiques, comme isolant parfaitement le malade, et l'abritant des courants d'air bien mieux que ne peuvent le faire les rideaux.

Les lits m'ont paru bien garnis quoique bas : c'est une mode du pays; mais les couvertures sont minces pour un climat froid et exposé à toutes les variations de température. On dit les aliments très-sains; je le crois sans peine, la viande, qui est parfaite en Angleterre, cuite d'une manière toute *homérique*, ne peut s'y détériorer par de mauvais assaisonnements, et les légumes consistent en herbages vert ou pommes de terre cuits à l'eau; le pain, qui est un peu compacte, ne fait que figurer de nom dans un repas anglais, et la bière est, pour le peuple comme pour l'homme plus aisé, en santé comme en maladie, une boisson salutaire et agréable.

A chaque salle est préposée une dame remplissant les fonctions attribuées chez nous aux dames religieuses; des filles de salles sont sous leurs ordres. La plupart des hôpitaux sont de fondation particulière, et sont entretenus par les souscriptions volontaires, disons plutôt involontaires, que l'aristocratie nobiliaire, financière ou marchande, paie pour cet objet. Les personnes de haute distinction sont obligées de suivre en cela une sorte de loi de bienséance; quand un des membres de la famille royale ou de la première noblesse a attaché son nom à une souscription de charité, elle est bientôt couverte. Les administrateurs des établissements publics ne manquent pas, dans leurs apports administratifs annuels, de publier les listes des donateurs, et de faire tourner ainsi au profit des établissements la vanité des donateurs-souscripteurs, en publiant la liste des *highnes*, *rigth honorables*, *lords* et *ladies*, *tels* ou *tels* qui l'ouvrent; ensuite viennent les *baronnets*, les *esquar*, et la plébécule des bienfaiteurs.

Par la même raison, l'on donne aux différentes salles les noms des principaux personnages, fondateurs ou bienfaiteurs. Ainsi, l'on voit à Saint-Georges, par exemple : *Princess Victoria's yard*, *Drummond's yard*, *Queen's yard* : ou salle *Drummond*, salle *de la reine* et *de la princesse Victoria*. Les riches, en Angleterre, sont les saints auxquels l'on fait le mieux de se recommander, et auxquels le peuple doit le plus adresser ses prières, et les *lords* et les *ladies* ont remplacé pour les Anglais les patrons du calendrier omain.

En Angleterre, on ne connaît pas, comme chez nous, a centralisation universelle

dans les mains du gouvernement, la nation s'administre dans les détails, les chefs de l'état et la législature ne dirigent que les grands rouages de cette importante machine. L'instruction publique est moins que chez nous sous la direction du gouvernement, il y a liberté complète d'enseignement. Aussi, pour pratiquer la médecine et la chirurgie, et la chirurgie comprend l'apothicairerie, car beaucoup de *surgeons* ou chirurgiens sont en même temps pharmaciens, il suffit d'avoir produit des certificats de cinq années au moins d'assiduité aux cours d'un hôpital, et comme on n'est admis à fournir ces certificats qu'après avoir réellement payé les droits pour chaque cours, que les professeurs n'ont pas d'autres honoraires, on ne craint pas la fraude de ce côté ; et comme le collége des physiciens et des chirurgiens perçoit encore des droits d'admission, aussi a-t-il pour usage, par égard sans doute pour des collègues qui sont censé avoir présenté un candidat suffisamment instruit, dans l'élève qui les a largement payés, de l'admettre à la première et unique épreuve qu'il ait à subir, et qui consiste en un examen qui dure à peine une demi-heure, et n'est guère qu'une formalité.

Chaque hôpital a pour annexe une école où se donnent des cours.

En voici la nomenclature :

Anatomie, physiologie.
Anatomie pathologique.
Au cours de démonstrations anatomiques est adjoint un chef des travaux anatomiques de l'hôpital, avec surveillance sur les dissections des élèves.
De chirurgie dogmatique, comprenant un cours complet de pathologie et de thérapeutique chirurgicale.
De chirurgie clinique pendant le deuxième semestre.
Un cours de médecine générale et pratique.
Les autres cours sont :
Un cours d'accouchement, des maladies des femmes et des enfants.
Un cours de chimie.
Un cours de médecine légale.
Un cours de matière médicale.
De pharmacologie.
Un cours de botanique.
Un cours d'anatomie comparée, ou plutôt de zoologie.
Un cours de physique, ou de philosophie naturelle.

Tels sont les cours théoriques et pratiques que peut suivre un étudiant anglais, dans l'intérieur de l'hôpital auquel il est volontairement attaché. S'il veut suivre la clinique, il doit s'inscrire à cet effet auprès du médecin ou du chirurgien-professeur qui en est chargé, en payant des honoraires assez forts, car, pour remplir, dans une salle de chirurgie, les fonctions d'interne, ou, comme le nom anglais le dit, de panseur (*dresser*), on ne paie pas moins de 50 guinées par an, ou 1,250 fr. ; pour l'assistance à la visite médicale, 12 guinées ou 300 fr. par an ; à la clinique chirurgicale, 25 guinées par an ou 625 fr.

Et je ne pense pas que l'on puisse négliger d'acquérir ainsi l'occasion de beaucoup voir par soi-même, quand on est riche ; et ici comme partout, dans les institutions de ce pays, le poids retentissant de l'or se fait sentir. Un élève occupe donc la première place auprès d'un professeur, dans un hospice, parce qu'il est le plus riche.... Le mérite modeste et pauvre restera au second rang. Ainsi, que l'on juge donc de l'immense avantage qu'offre à notre jeunesse médicale le patronage des hôpitaux de Paris. Le savoir naissant trouve dans l'externat un encouragement à mieux faire, et dans l'internat, une récompense réelle, un moyen de faire des études profondes pratiques, pendant quatre années,

et enfin, dans le logement et les émoluments, de 500 fr. par an, un très-utile secours pour beaucoup d'élèves, tandis que pour étudier la médecine à Londres, il faut payer de très-forts honoraires pour assister aux leçons. J'ai pris, pour base moyenne, le coût, pour le cours de l'année scolaire à l'hôpital Guy, il monte à la somme de 1,250 fr., pour les cours théoriques, et en outre pour la faculté de suivre les cliniques comme externe, de 535 fr. : en tout, par année, au moins 1,800 fr. Et si, à la fin de ses cours, l'on veut faire les fonctions de chirurgien *dresser*, ou d'interne ou chef de clinique, il faut payer 50 guinées ou 1,200 fr., de sorte que le coût des études, pour cette dernière année, doit monter au moins à 2,400 fr. Les cadavres, pour les dissections, se paient, par table, 2 liv. sterl. ou 50 fr.

Ainsi, avec ses frais d'étude, ceux de la ville, et de logement, à Londres, un étudiant ne peut y vivre à moins de 5,000 fr. par an. Aussi, en général, les étudiants anglais appartiennent-ils à des familles aisées de la bourgeoisie et du commerce, mais non, comme on l'a dit, à la noblesse. Ils comptent, pour cinq années d'études, la somme de 1,000 l. ou 25,000 fr. au moins, tandis qu'un élève en médecine peut arriver au doctorat, à Paris, en cinq ou six années, en dépensant au plus 2,000 fr. chaque année, inscriptions comprises, ou 10 à 12,000 pour les frais généraux d'études; et s'il arrive à l'internat, il pourra ne dépenser que de 9 à 10,000 fr.

Et que l'on ne croie pas que l'exercice de la médecine à Londres ou en toute partie de l'Angleterre, ait des résultats prompts et faciles pour les jeunes médecins ou chirurgiens. Les difficultés sont les mêmes en Angleterre qu'en France, à Londres qu'à Paris; partout le même encombrement, les mêmes rivalités haineuses; en un mot, cette belle profession n'offre plus aujourd'hui à ceux qui la suivent en Angleterre, en France, mieux peut-être en Italie, les seuls pays de l'Europe que j'aie visités, aucun des avantages que l'on peut demander à de grandes avances d'argent, pour une éducation prolongée jusqu'à une époque déjà avancée de la vie, à un grand exercice d'intelligence; et la médecine, destinée à jouer un rôle aussi imposant qu'utile dans la société, n'est le plus souvent que la plus laborieuse et la moins fructueuse des professions (1).

L'étude de l'anatomie offre bien moins de difficultés matérielles aujourd'hui en Angleterre qu'il y a quelques années. Ce peuple, qui soumet ses vieux préjugés religieux à la sagesse de ses législateurs, a abandonné ses haines et ses animosités contre les professeurs et les élèves qui se livrent à la plus pénible partie de l'éducation médicale, à l'anatomie.

Depuis qu'une loi du parlement a livré aux dissections le corps des malades qui meurent dans les hôpitaux sans être réclamés, il devient d'usage général de faire les autopsies, indistinctement, de tous ceux qui y décèdent, et comme les ouvertures des corps se font dans la classe supérieure, dans la vue de prévoir les maladies héréditaires, peu à peu le préjugé disparaîtra totalement.

On se demande quelle persévérance n'a-t-il pas fallu, vis-à-vis de tels obstacles, aux chefs des écoles médicales attachés aux principaux hôpitaux, pour créer dans chacun d'eux des musées anatomiques et pathologiques, qui peuvent servir de modèles en ce genre.

Les hôpitaux de Guy, de Saint-Thomas, de Saint-Barthélemy, de l'Université de Londres, renferment des collections anatomiques, et surtout pathologiques, du plus haut intérêt. Ces collections, systématiquement rangées, sont, pour les étudiants, une sorte de livres où toutes les maladies organiques viennent se montrer dans un ordre métho-

---

(1) J'ai vu nombre de jeunes médecins anglais, établis à Londres, n'arriver, au bout de deux ou trois années de pratique, qu'à de minimes émoluments, pour être médecin d'un dispensaire de charité, ce qui ne mène pas à des résultats très-prompts. On a vu un médecin dépenser en visites, dîners aux souscripteurs (car les souscripteurs, comme les électeurs politiques, dînent très-bien en Angleterre), la somme énorme de 1,000 liv. sterl. ou 25,000 fr.

dique. Dans chaque musée, un préparateur en chef travaille constamment à enrichir le dépôt qui lui est confié. Si un médecin étranger se présente pour prendre sa part des renseignements que ces collections renferment, il est admis avec le même empressement, tout est mis à ses ordres. Tout ce qui peut faciliter son travail et ses recherches lui est prodigué à l'instant. Les Anglais comprennent très-bien la confraternité de la science. Chaque musée a son catalogue imprimé dans un ordre philosophique, par système : on y voit de magnifiques collections de maladies des os, et dans l'hôpital de Saint-Barthélemy et à Guy's Hospital, il nous a été possible de reconnaître des déviations latérales à une seule courbure de la colonne vertébrale, celle du col étant à peine visible. La collection des maladies des os, à Saint-Barthélemy, va servir de type à un grand ouvrage sur les maladies de l'appareil locomoteur passif, du docteur Stanley, professeur d'anatomie et chirurgien en second de l'hôpital. Les pièces pathologiques concernant les maladies des voies urinaires, qui ont fixé l'attention de M. Guthrie, chirurgien en chef de l'hôpital de Westminster, y sont conservées avec grand soin dans le musée naissant de cet établissement. A Guy's Hospital, on peut observer une magnifique série de préparations herniaires, et de pièces sur les maladies des artères. Quand on pense que presque toutes sont sorties des mains des Abbernety, des As. Cooper, des Travers, des Lawrence, des Hogdson, etc., et ont servi de matériaux à leurs ouvrages ; que quelques-unes de ces préparations sont des trophées élevés à la chirurgie, comme science appartenant à l'humanité tout entière, l'on ne peut contempler sans un religieux respect la pièce qui représente à nos yeux le résultat de la ligature de l'aorte, dans sa partie lombaire, par Ashley Cooper ; opération audacieuse que la réussite ne devait pas sanctionner ; des exemples de ligature de la carotide, de la sous-clavière, de l'iliaque externe, par MM. Cooper, Keate, etc. Plusieurs de ces cas ont été recueillis, et les préparations faites dix, douze ou quinze années après l'opération, le malade, par reconnaissance, léguant son corps à l'hôpital.

Les maladies des yeux offrent aussi de belles séries de pièces dans chacun de ces hôpitaux. Elles devaient fixer mon attention, et elles ont donné à mes idées, sur les différentes espèces de cancer de l'œil, une netteté qu'elles n'avaient pas, comme je le publierai plus tard ; les préparations anatomiques de cet organe, de magnifiques injections, soit au vernis, soit au mercure, en éclairent aussi la pathologie ; et à ce sujet, j'ai pu observer une très-remarquable suite de préparations bien conçues, bien conservées, de l'œil dans la série des animaux vertébrés et des mollusques céphalopodes, chez M. le docteur Dalrymple, attaché au dispensaire ophtalmique de Londres (1).

L'anatomie pathologique reçoit donc en Angleterre, comme nous venons de le voir, un véritable culte ; elle a ses temples, et de nombreux pontifes. Espérons que bientôt, grâces à la volonté puissante de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui n'est plus ; grâces aux talents, au zèle du savant professeur appelé à remplir ses intentions (2), la chirurgie française, fière de son musée *Dupuytren*, n'aura plus rien à envier, sur ce sujet, à l'Angleterre et à l'Allemagne.

Les principaux hôpitaux de Londres sont :

L'hôpital Saint-Barthélemy, dans une position centrale, près de Newgate et du marché

---

(1) Je serai heureux et fier d'élever à l'ophtalmologie, en France, un pareil édifice. Le musée annexé à mon dispensaire renfermera aussi bientôt, je l'espère, une collection recommandable de pièces destinées à faire connaître facilement *de visu* l'anatomie et la pathologie de l'œil. Ma vie tout entière sera consacrée à y réunir les plus belles préparations, et je laisserai au successeur de mon choix, comme à ceux qui viendront après nous, à compléter cette série. Plus heureux que Dupuytren, notre illustre maître, je fonde dès mon vivant, pour l'ophtalmologie, ce qu'il n'a pu faire qu'après sa mort, pour l'anatomie pathologique, cette base fondamentale de toute diagnose chirurgicale, qu'il avait cultivée, et qu'il avait éclairée par les aperçus aussi profonds que lumineusement exprimés.

(2) M. Cruveilhier, nommé pour remplir la place de professeur d'anatomie pathologique, fondée par M. Dupuytren.

aux bestiaux de Smithfield.—L'ordonnance des bâtiments est sévère et régulière; ce sont quatre pavillons entourant un quadrilatère. — A la tête de la chirurgie de l'hôpital est M. W. Laurence, bien connu des médecins français par son ouvrage sur les hernies, traduit et annoté par J. Cloquet, par ses leçons sur les maladies des yeux, données lorsqu'il était premier chirurgien au *London dispensary*. M. Laurence a regretté que ses leçons, qui sont pourtant un des meilleurs résumés sur l'ophtalmologie que nous puissions mettre, à Paris, entre les mains des élèves, ait été publiées, sans qu'il eût pu les revoir, dans la *Lancette anglaise*, et traduites par Billard : aussi s'est-il imposé la tâche de compléter son œuvre dans un traité *ex professo* sur la chirurgie oculaire, ouvrage que je veux étudier avec soin, dans l'espoir de le faire passer en entier, ou au moins pour le fond, dans un manuel des maladies des yeux, que je donnerai dans la forme aphoristique, aussitôt que l'expérience et plus de pratique auront mûri mon jugement (1).

M. Earle est aussi chirurgien à Saint-Barthélemy ; c'est à lui que l'on doit un lit mécanique à doubles plans inclinés.

Les atèles pour les fractures de la cuisse et de la jambe, employées dans cet hôpital, ont arrêté l'attention de M. Sanson. Elles sont destinées à seconder seulement la position fléchie du membre brisé, position naturelle, que les animaux qui ont les membres cassés adoptent instinctivement.

Guy's Hospital, situé au-delà du pont de Londres, sur la rive droite de la Tamise, contient à peu près cinq cents lits. Il est composé de deux grands corps de bâtiments disposés en parallélogramme autour des deux cours intérieures. — En outre, des pavillons isolés, au milieu d'une sorte de jardin, servent de salles très-bien disposées pour les maladies oculaires, et pour les femmes en travail.

L'école de cet hôpital est la plus suivie; les élèves y trouvent, ainsi qu'à *Saint-Thomas*, situé de l'autre côté de la rue, tous les moyens d'instruction théorique et pratique. — L'hôpital Guy renferme le musée anatomique et pathologique le plus riche. — C'est là et à Saint-Thomas, avons-nous dit, que l'on trouve les préparations des cas les plus mémorables de ligatures d'artères.

Le catalogue de ce musée est tout à la fois un index très-commode et suffisamment descriptif, et un livre d'anatomie générale et pathologique, par les excellentes têtes de chapitres qu'y a ajoutées le conservateur et professeur d'anatomie M. Hogdkin sur l'état sain et morbide de chaque système. C'est à *Guy's Hospital* que sir Ashley Cooper a parcouru sa longue et honorable carrière chirurgicale. — Aujourd'hui il n'est plus que nominalement en tête de la chirurgie de cette maison, un de ses neveux le remplace. Ainsi, Ashley Cooper ajoute à sa gloire un exemple de bon sens trop rarement suivi à Paris, c'est de se démettre à temps.

L'hôpital Saint-Thomas est presque une succursale de celui de *Guy*. M. Travers, connu par ses ouvrages chirurgicaux, et des oculistes, en particulier, par son *Synopsis of the deseases of the eye*, et M. Tyrrhell (nous rencontrerons ce dernier comme chirurgien au *London dispensary*, pour les maladies des yeux) y occupent les deux premiers postes de la chirurgie.

L'hôpital Saint-Georges, nouvellement construit avec une recherche extérieure et intérieure qui se ressent du voisinage des demeures aristocratiques des environs, a pour chirurgiens en chef MM. S. B. Brodie et Keate.— En second, M. Walker, auquel j'ai vu

---

(1) Ce livre, que j'ai reçu des mains de M. Laurence lui-même, celui des chirurgiens anglais qui possède le plus cette *gentillezza* hospitalière dont je parlais, est pour moi un don précieux et une source où je devrai puiser souvent, et joint à l'accueil amical que j'ai reçu de M. Laurence, sur l'introduction du docteur Bureaud, il me sera un souvenir honorable de mon passage à Londres.

enlever un cancer mélanique de l'œil, cas sur lequel je reviendrai en temps et lieu. L'École de médecine qui est annexée à l'hôpital Saint-Georges ne fait que commencer à s'élever, et a déjà porté des fruits.

L'hôpital de Westminster, situé près de l'abbaye, dans ce quartier riche en monuments gothiques, vient d'être reconstruit dans ce style ; c'est aussi une école de chirurgie et de médecine, mais beaucoup moins d'élèves en suivent les leçons. C'est l'honorable M. Guthrie qui y occupe le rang de premier chirurgien ; je l'y ai vu essayer une tentative de lithotripsie, à l'aide des instruments broyeurs, à pression, de Weiss, coutelier à Londres. La pierre fut saisie et broyée, mais le sujet était un des plus mal disposés pour cette opération. A propos de lithotripsie, j'ai eu l'occasion de voir à Londres M. Heurteloup, notre chirurgien français, qui tire, assure-t-on, de grands avantages de sa position insulaire. Quelques personnes croiraient peut-être que, parce que M. Heurteloup s'occupe de perfectionnement aux armes de guerre, il n'ajoute plus rien à l'art chirurgical, qu'il exerce à Londres dans une sphère élevée: on se tromperait; mais par une disposition assez commune à l'esprit humain, l'habitude de se livrer à des inventions mécaniques le porte à parcourir plusieurs problèmes de mécanique à la fois, et les fusils et les lithotripteurs marchent de front dans ce cerveau bien organisé. Les autres hôpitaux et écoles médicales de Londres sont *London hospital*, *Middlesex hospital*. M. Ch. Bell, ce physiologiste ingénieux, si célèbre par ses recherches sur les nerfs respiratoires, était à la tête de la chirurgie et de l'anatomie de ce dernier établissement qu'il vient de quitter, pour prendre, à Edimbourg, le rang de doyen de l'université.

L'ancien *collége* des chirurgiens, l'*Université de Londres*, le *King's collége*, sont les autres établissements où l'on fait des cours sur les principales parties des sciences naturelles. —L'anatomie comparée est professée, au collége des chirurgiens, par M. Richard Owen, déjà bien connu en France par d'importants travaux et en particulier par son beau travail sur les glandes mammaires de l'orinthoribque; son anatomie du *nautilus pompilius*, etc., etc.

Nous laisserons à M. le docteur Bureaud le soin de s'étendre davantage sur les immenses ressources qu'offre la ville de Londres à l'avancement des sciences, et nous bornerons là ces considérations générales.

De quelques usages médicaux à Londres.

Il m'a paru intéressant de noter ici quelques usages que les convenances médicales admettent à Londres, et qui sont encore rejetés, et fort à tort, selon nous, à Paris. Quelques circonstances de mœurs de la première de ces villes rendent peut-être plus simple l'habitude reçue, pour chaque médecin, de mettre son nom sur une plaque de cuivre au dessous du marteau de la maison. Ainsi, l'on voit sur la porte d'une maison cette désignation—D. *Guthrie esq.* Sur une maison dans une rue à côté, D. *Travers* Bt. Sur celle d'une maison dans une rue à côté, D. *sir Ashley Cooper*, *sir Benjamin Brodie*, qui eux-mêmes ne dédaignent pas cet usage fort commode pour les personnes qui ont affaire à eux, et ces plaques, qui ne portent que le nom et la profession, nous ont servi à M. Sanson et à moi-même, lorsque nous étions ensemble en visite, contre l'infidélité de la mémoire des nombres. Comme chacun, en Angleterre, habite une maison particulière, cet usage peut d'autant mieux être admis; à Paris, dans nos maisons communes, il y aurait quelques difficultés d'exécution; cependant, lorsque je fis à l'assemblée pour l'association médicale la motion de recevoir cet usage, comme convenable, elle fut bien accueillie, et, pour mon compte, je ne croirais pas déroger par cette indication aux convenances médicales.

Il est impossible que le charlatanisme famélique ne jette pas, dans une ville comme Londres, quelques racines, que cette cité n'ait pas ses charlatans : mais au moins le *quakerisme*, c'est le nom que l'on donne à cette situation des médecins qui se prônent eux-mêmes, promettent des cures miraculeuses, etc., etc., ne lève pas, comme de nos jours à Paris, sa tête hideuse, et ne salit pas les murs de ses affiches jaunes, bleues, vertes, de toutes couleurs; véritable scandale public, contre lequel l'honneur de la profession doit se révolter, et contre lequel il faut espérer que la loi sur la profession médicale apportera quelque puissant palliatif.

Les spécialités médicales et chirurgicales sont honorées en Angleterre, lorsque les hommes qui les exercent savent les faire honorer en eux-mêmes, en restant dans le corps médical, et ne se jetant pas dans un coupable *à parte*. On parle souvent de l'avantage qu'ont les médecins anglais d'être payés à chaque visite, sans mémoires : cela mérite explication, et n'a lieu que pour les médecins membres du collége royal des médecins, qui, d'après la loi anglaise, n'ont aucun recours pour un paiement subséquent; de sorte que l'usage de ne pas faire de mémoire est né ici de la force des choses, et cela se conçoit d'autant mieux que ce n'est guère que pour une consultation, dont le prix est d'une guinée qui se paie ordinairement en or (26 francs), que l'on appelle dans les familles de moyenne fortune un médecin du collége Royal; on a d'abord recours à l'*apothicaire surgeon* du quartier, qui lui seul a le droit de faire payer comme objet vénal les médicaments qu'il prescrit, aussi en prescrit-il beaucoup, et la polypharmacie anglaise n'a peut-être pour origine que la cupidité du médecin marchand. — Il serait tout-à-fait convenable que le corps médical à Paris, renonçant à la patente qui lui donne un droit de poursuite, qu'il néglige le plus souvent, se trouvât dans le droit d'exiger les honoraires de suite à chaque visite. — C'est un des points sur lesquels on doit appeler l'attention de la commission chargée de préparer la loi d'organisation sur la médecine, qui devient bien urgente, car nous sommes débordés de toutes parts, et la dignité médicale à Paris croule, fait eau de tous points et menace de s'abîmer.

Les médecins et chirurgiens anglais arrivés au premier rang font une belle fortune; ils affectent un grand luxe de voitures et de livrées, ce qui les rapproche de l'aristocratie; mais cependant, comme ils ne peuvent franchir la distance sociale qui les en sépare; que la société de la classe moyenne ou marchande aurait peut-être de faibles attraits pour eux; il m'a paru qu'ils savaient se faire une vie heureuse, dans l'intérieur de leurs familles, dans les douceurs du *comfortable life* : pendant la belle saison, les délices de la maison de campagne et une société choisie peu nombreuse remplissent leurs loisirs. — On ne voit pas à Londres, comme à Paris, par le temps qui court, les médecins chercher à se surpasser par un luxe ruineux, et vouloir se faire une clientelle en donnant des bals somptueux, des dîners splendides. N'est-ce pas commencer par où il faudrait finir?

Dispensaire ophtalmique de Londres. 1° London Royal Infirmary for *deseases* of the eye *ou* Dispensaire Royal pour les maladies des yeux *à Moorfields. — Histoire de sa fondation; procédés chirurgicaux en usage. — Pratique médicale. — Résultats et bienfaits répandus dans la classe ouvrière par ces dispensaires. — Leur établissement à Paris.*

Voulant devenir moi-même fondateur à Paris d'un dispensaire pour les maladies des yeux, en faveur de la classe ouvrière des 7e, 8e et 9e arrondissement municipaux de cette ville, pensée que je n'ai jamais cessé d'avoir avant et depuis mon exercice, comme chef de clinique, à l'Hôtel-Dieu, j'ai dû aller à Londres m'enquérir de tout ce qui con-

cerne ces dispensaires modèles, sous le rapport administratif et sous le rapport thérapeutique chirurgical ou médical.

Ce n'était pas assez pour moi des lumières que j'ai puisées en Italie à la clinique ophtalmologique de Naples, dirigée par Quadri, élève émérite de l'illustre Scarpa, et de celles que j'ai pu recueillir sur l'ophtalmologie, bien que cultivée dans nos hôpitaux de Paris d'une manière moins spéciale, en France qu'en Allemagne, en Angleterre; j'ai voulu voir les dispensaires de Londres, qui ont été comme les foyers d'où sont sorties, de nos jours, après être émanées d'abord de Vienne, les connaissances les plus positives sur l'ophtalmologie pratique, considérée non comme un démembrement, mais comme une partie qui mérite d'être cultivée à part, de l'art de guérir.

Je ne reconnais pas de spécialité médicale dans l'acception rigoureuse et philosophique du mot; *de capite ad calcem*, l'organisation saine ou malade est une, et c'est ce que nous prouverons en adoptant les idées anglaises, qui admettent plutôt, si l'on peut dire, une médecine qu'une chirurgie oculaire dans le plus grand nombre de cas, et qui, très-raisonnablement, conduisent les médecins à traiter toute la constitution pour traiter l'œil malade. Mais quant à la médecine opératoire, la spécialité oculistique est une des mieux limitées. Elle requiert un tel exercice de l'œil, qui suit et dirige de la main et qui conduit l'instrument, que peu d'hommes peuvent, comme chirurgiens, se livrer à l'oculistique. Ce n'est donc que bien sûr de soi-même, qu'après avoir étudié toute la chirurgie et toute la médecine, heureux d'une main sûre et légère comme celle du peintre, et plus que celle du peintre, doué d'un sang-froid imperturbable, que l'on peut exercer la chirurgie de l'œil. Aussi, ce n'est qu'après cette épreuve, déjà bien des fois satisfaisante pour moi, que je me livrerai *spécialement*, mais non dans le sens fâcheux que quelques personnes attachent à ce mot, à la chirurgie oculaire. Mais revenons à Londres, au *London dispensary*.

Gloire à John Cuningham *SAUNDERS!* Il a fait, pour cette immense population de Londres, où tant de misères, d'obscurs et d'incessants labeurs fatiguent, minent, épuisent depuis les yeux jusqu'au cœur ces prolétaires méritants, qui versent leurs sueurs, fatiguent leur vue pour donner aux heureux de leur pays et du monde entier, de riches tissus, des métaux artistement façonnés, des cristaux étincelants. Gloire, répétons-le, à John Cuningham *SAUNDERS* qui, d'après quelque chose de semblable fondé déjà à Vienne, créa, avec l'aide d'autres gens de bien, vers 1804, l'infirmerie oculistique de Londres! Il a bien mérité à la fois de ses concitoyens pauvres, de l'humanité tout entière, et des médecins, qui, ses premiers serviteurs, peuvent facilement apprendre, dans un champ si vaste d'observations, à écarter du berceau de l'enfance, comme du lit du vieillard, la longue agonie de la cécité.

Je commencerai par vous donner quelque notion sur l'établissement du *London infirmary*. Il eut d'abord pour siége une maison particulière, mais le montant des souscriptions permit bientôt de bâtir l'édifice actuel, qui, convenablement distribué pour l'usage auquel on le destinait, fut ouvert au public en mars 1805. Il se compose d'une maison à deux étages, isolée, entourée, sur la rue, d'une belle grille, et ayant sur ses derrières une vaste cour faisant jardin. Dans un bâtiment en aile existe un amphithéâtre capable de contenir vingt-cinq élèves et servant aux leçons cliniques : ce fut là que M. W. Laurence, aujourd'hui chirurgien en chef à Saint-Barthélemy, donna ces *lectures* sur les maladies des yeux, qui, d'abord sténographiées et insérées dans le journal médical *la Lancette*, ont été transcrites dans notre langue par feu Billard; ouvrage sur lequel nous reviendrons dans la lettre où je traiterai de la bibliographie ophtalmologique anglaise. Au rez-de-chaussée du bâtiment principal sont les salles d'attente, la salle des consultations et la pharmacie dont la pièce est partagée en deux parties : l'une servant d'officine, et l'autre accessible au public, avec une sorte de comptoir ou bureau pour la distribution des médicaments.

Le personnel se compose de deux médecins, MM. Farre père et fils, qui ne sont appelés qu'à titre de consultants, et de deux chirurgiens en chef (1) ayant chacun un adjoint ou assistant. Ces deux chirurgiens, aujourd'hui MM. Fred. Tyrell et M. Scott, et leurs assistants, MM. Mackmurdo et Dalrymple, se partagent le service hebdomadaire. Les mardi et vendredi, MM. Tyrell et Mackmurdo; les lundi et jeudi, MM. Scott et Dalrymple. En effet, le nombre des malades est si grand qu'un seul médecin ne pourrait suffir à les examiner tous; et bien que le service soit subdivisé encore entre deux chirurgiens en chef, on est obligé de le subdiviser encore entre celui-ci et son assistant, car le nombre des malades est bien de deux à trois cents chaque jour, non pas tous nouveaux, il est vrai, mais en traitement.

Un registre est ouvert et tenu par un élève pour l'inscription des malades; divisé par colonnes, il renferme la désignation de l'âge, du sexe, de la demeure du malade, la nature de sa maladie. J'ai trouvé qu'il était à regretter qu'il ne constatât pas aussi les professions. C'est un élément d'hygiène oculaire que l'on ne doit pas négliger, et que j'aurai soin de recueillir dans le dispensaire que je vais ouvrir pour compléter les aperçus statistiques vraiment curieux que j'avais déjà établis lors de mon exercice (1833-34) à l'Hôtel-Dieu.

Chaque malade reçoit une feuille qui lui désigne le chirurgien auquel il aura à se représenter, l'heure de la consultation, et sur laquelle est inscrite la nature de la maladie et les prescriptions à mesure de leur date.

Après la visite, les malades passent à la pharmacie pour y recevoir les médicaments appropriés dans des vases qu'ils ont dû apporter : les collyres liquides, ce que le peuple appelle des *eaux pour les yeux*, ou l'acétate de plomb étendu d'eau, le collyre de sulfate de zinc, et de sulfate de cuivre, ou l'eau alumineuse, leur sont délivrés avec une largesse tout-à-fait satisfaisante pour le peuple, qui estime souvent les médicaments d'après leur origine. Cette distribution est très-peu onéreuse pour le dispensaire, comme l'on comprend bien, et a le grand avantage d'ôter aux malades jusqu'à l'idée d'aller acheter à grands frais chez les pharmaciens de la ville, et, qui pis est, à des charlatans, vendeurs d'arcanes, des collyres, qui reviennent à peine au dispensaire à 5 c. la pinte.

On y donne aussi, selon les cas, les pilules et les poudres purgatives, des collyres plus composés que ceux que nous avons cités, l'emplâtre à vésicatoire, suffisant pour exutoire à placer, etc., etc. En un mot, le malade en sortant du dispensaire n'a plus qu'à suivre son ordonnance et à faire usage des médicaments qu'il a reçus, de la manière qui lui est indiquée sur un papier imprimé, qui accompagne le médicament. Ainsi, si c'est une pommade, on dira sur la note : « En mettre gros comme un pois entre les paupières et faire fondre en frottant doucement, chaque soir. »

Si c'est un bol purgatif, on dira : « Prendre le matin, à jeun, deux heures avant le thé. »

On a renoncé au dispensaire du *London infirmary* à donner des sangsues aux malades. Ils les vendaient à vil prix aux pharmaciens; et comme le prix d'une sangsue est à Londres de trois pences ou 30 c. à peu près, cette distribution constituait une dépense très-considérable pour le dispensaire, et favorisait un abus. On les ordonne lorsque le cas l'exige; c'est au malade à s'en pourvoir. Le plus que l'on peut on se sert pour y suppléer des ventouses scarifiées.

---

(1) L'exercice des chirurgiens dans le dispensaire ne dure pas au-delà de quelques années. C'est un premier degré pour passer dans les plus belles places de la chirurgie générale. Ainsi, MM. V. Laurence et B. Travers, aujourd'hui à la tête de la chirurgie, comme praticiens et comme professeurs, à Saint-Barthélemy et à Saint-Thomas, ont, au début de leur illustre carrière, honoré de leur talent le Dispensaire ophtalmique de Londres, et y ont posé les bases de leur réputation aujourd'hui consommée. MM. Travers et Laurence s'y sont succédé, et c'est à leur exercice dans leur établissement que nous devons leurs excellents ouvrages sur la matière.

Le pharmacien actuellement en exercice, M. Turner, qui parle très-bien le français, a eu pour moi mille obligeances, me communiquant les formules, et des renseignements administratifs utiles.

Le pharmacien et un élève interne sont logés dans la maison, avec le directeur. Le logement et le chauffage est la seule indemnité qui leur soit accordée. Il y a en outre un gardien et des infirmières pour le service des salles.

Le premier étage est divisé en quatre salles assez petites, mais bien aérées, pour recevoir chacune sept, huit ou dix malades. En tout, trente lits, moitié pour les hommes et moitié pour les femmes : des lits espacés, des rideaux pour les défendre des mouvements de l'air, des volets à compartiments et des carreaux dépolis, des stores d'étoffe verte, qui permettent de varier en degrés divers la vue à la lumière; une excessive propreté; tels sont les moyens hygiéniques qui entourent les opérés ou les malades que des cas très-graves ont fait recevoir dans la maison comme internes.

Chirurgie oculaire.

C'est le vendredi de chaque semaine que sont pratiquées les opérations sur les malades internes; les deux chirurgiens en chef et leurs assistants se réunissent à cet effet, pour se communiquer leurs observations, et profiter des avantages d'une réciproque émulation.

Le premier jour que j'ai pu assister aux opérations, MM. Tyrrel et Scott pratiquèrent l'un et l'autre l'extraction de la cataracte. Comme l'ensemble de leur manœuvre opératoire diffère essentiellement de celui suivi généralement à Paris, je crois devoir vous en donner la description et de toutes les circonstances concomitantes.

Au milieu d'un petit amphithéâtre destiné aux opérations, bien éclairé, est un lit étroit à hauteur de table à manger, sans dossier, et garni d'un matelas piqué très-dur; un traversin, aussi très-fortement rembourré, et destiné à porter la tête du malade, étant placé sous la nuque exactement comme les petits billots de bois qui supportent la tête des cadavres sur les tables à disséquer.

De cette façon, le malade est bien mieux que sur un lit ordinaire, il ne s'y enfonce pas, il a la face dirigée tout naturellement vers le plafond; le chirurgien, soit qu'il l'opère par derrière et en se mettant au chevet du lit, soit en devant, sur l'un des côtés, n'est nullement gêné, et atteint facilement le malade. Le premier des chirurgiens que je vis opérer fut M. Tyrrel; il se plaça derrière le malade, relevant lui-même la paupière supérieure avec deux doigts, le coude commodément appuyé sur le lit-table. Le sujet de l'opération était un petit vieillard de soixante à soixante-cinq ans; la cataracte, par sa couleur un peu roussâtre, faisait préjuger qu'elle était dure au centre et enveloppée d'une légère couche de substance diluée. C'était donc un cas favorable à l'extraction.

La paupière supérieure étant relevée par les deux doigts index et médium de l'opérateur, celui-ci saisit de la main droite (un aide maintenant d'un doigt la paupière inférieure, et le globe de l'œil se trouvant ainsi comme fixé entre trois doigts), il opérait sur l'œil droit, un couteau (celui dit de Richeter), et le tenant à plat, l'instrument ayant son tranchant dirigé en avant, l'incision par conséquent devant être dans le segment inférieur de la cornée. Il l'introduit selon le plan horizontal, parallèle à l'œil, qui doit être celui de la section; et sans changer la position par une ponction perpendiculaire à ce plan, comme nous avons habitude de le faire, pour éviter de labourer la cornée, par une incision en biseau. Cette crainte est assez mal fondée, si on a le soin de diriger la pointe bien parallèlement au plan de section parallèle à celui de l'iris, et de chercher à plonger dans la chambre antérieure, et de ne pas s'arrêter, jusqu'à ce que l'on voie

jaillir une goutte de liquide. En agissant ainsi, on évite *un temps*, l'œil averti n'a pas l'instant de fuir devant la pointe, et de se cacher dans le grand angle de l'œil, sous les plis de la conjonctive. Bien appuyé par son avant-bras, agissant sur un œil qui cherche peu à se dérober au couteau, car il regarde en haut, faisant son incision d'un trait, maître de la paupière supérieure, qu'il laisse tomber lui-même, le chirurgien nécessairement a des avantages dans cette manière d'opérer : le lambeau terminé, les paupières abaissées, il laisse au malade le temps de se reconnaître, et à la pression oculaire, celui de préparer l'issue du cristallin, par la sortie ménagée de l'humeur aqueuse, ensuite il se sert, en relevant lui-même la paupière supérieure, manœuvre chez nous confiée à un aide, et qui pourtant est si importante et si délicate, d'une aiguille plate, tranchante seulement au bout, emmanchée sur le même ivoire que la curette. Il soulève le lambeau, ouvre la capsule, et par des pressions ménagées, procède à l'expulsion, mais ici avec des circonstances très-favorables à la non-sortie du corps vitré, la coque ouverte de l'œil conservant son ouverture supérieure à son fond.

Lorsqu'il reste quelques portions de la substance diluée et comme pâteuse du cristallin, le chirurgien ne va pas chercher à les extraire avec la curette, il se confie au pouvoir absorbant de l'organe, et ainsi il évite à l'œil des recherches fatigantes et inutiles.

Ainsi, dans le premier cas dont je fus témoin, c'était devant soi que le chirurgien avait le tranchant de l'instrument, et l'incision était par conséquent inférieure ; dans le second cas, qui fut pratiqué immédiatement après, le chirurgien ne se dérangea pas de place, seulement, voulant pratiquer l'incision supérieure, il conduisit l'instrument de dehors en dedans, toujours de la main droite, mais avec le tranchant dirigé *contre soi*, de l'angle externe à l'angle interne. Le sujet était un vieillard de soixante ans, d'une forte complexion, portant du côté de l'œil gauche une cataracte ancienne (trente ans), d'un blanc crétacé, très-grosse, touchant de tous côtés aux limbes de l'iris, et par conséquent interceptant tout abord à la lumière ; le long temps depuis que cet œil était voilé, et une immobilité des iris faisait penser avec juste raison à ces messieurs, comme à moi-même, qu'une opération avait peu de chances de succès, aussi M. Tyrrel s'abstint-il pour ce côté. L'autre œil portait une cataracte plus récente, distante de l'iris, et de couleur ambrée, ce qui donnait à penser que le noyau du cristallin était dur. L'incision supérieure est, le malade étant couché, tout aussi facile, et même plus facile que l'inférieure, car il est plus commode de conduire l'instrument le tranchant *contre soi* que *devant soi*. Jusqu'ici j'apprécie peu les avantages de l'incision supérieure. S'il m'était démontré que le lambeau maintenu par la paupière supérieure, qui recouvre presqu'en entier le globe de l'œil, est moins exposé à être écarté que par l'inférieure, ce qui à la rigueur peut être ; s'il m'était bien prouvé que la cicatrice est aussi mieux cachée, je n'hésiterais pas à l'adopter pour tous les cas ; je comprends mal cette manœuvre si l'on opère étant debout, le malade assis, et le chirurgien opérant par dessus la tête, j'y trouvais des difficultés, que la position couchée sur un lit-table fait totalement disparaître. A M. Tyrrel, succéda M. Scott, le second chirurgien-chef du dispensaire ; il pratiqua par incision supérieure une cataracte de l'œil gauche avec la main gauche. L'on voit que la position couchée n'est pas admise pour cacher un défaut d'ambidextrie, mais pour les avantages réels. Cette opération fut faite avec un calme, une prudence admirables ; les chirurgiens anglais ne perdent pas en paroles, au moment d'agir, rien de ce sang-froid si nécessaire, et que quelques chirurgiens du continent évaporent en causeries, quelquefois en facéties déplacées, lorsque l'on est sur le point de remplir un ministère sérieux, celui de l'opérateur ; et vraiment tout ce *multiloquium* ne tourne, ni à la consolation du malade, ni au mieux faire de l'opérateur, ni à l'instruction de l'assistance.

Dans cette même séance, déjà si instructive pour moi, qui veux bien faire, puis encore mieux en chirurgie oculaire, M. Tyrrel pratiqua une de ces opérations qui ne sont pas régularisées par les préceptes écrits de l'art, mais que le bon sens sanctionne. Une

jeune fille, par suite d'anciennes maladies, se trouvait dans un état presque complet de cécité; l'œil gauche offre une opacité complète de la cornée avec une atrophie du globe, il n'y a donc rien à tenter de ce côté. L'œil droit, moins malade, est pourtant staphylomateux en cul de bouteille, avec *atrésie* de la pupille, et *synéchie* postérieure de l'iris sur un corps lenticulaire d'un blanc d'argent, que l'on reconnaît être la capsule du cristallin parcheminée. M. Tyrrell voulant tenter dans ce cas très-aventureux une pupille artificielle à ouvrir sur le limbe externe de l'iris, pensant que le cristallin gênerait et rendrait la tentative inutile, opaque qu'il était, et adhérent par sa capsule, a voulu au moins diminuer son volume; pour cela il a cru devoir agir sur le cristallin, en perçant sa capsule avec l'aiguille keratonixis, et amener ainsi le dessèchement du cristallin par absorption. La tentative que j'ai vu faire était la troisième, et déjà, comme je l'ai dit, tout paraissait réduit à cette sorte de cataracte qu'on appelle *siliqueuse*. Certes, si quelque chose peut rendre, partiellement au moins, la vue à cette jeune fille, c'est bien cette ingénieuse manière de hâter une circonstance quelquefois naturelle. Dans ce cas, le chirurgien se sert d'une aiguille plate *de Saunders*, et la fait pénétrer, non par le centre, mais par un des points externes de la circonférence de la cornée, en dirigeant vers le centre de la pupille, là où est le corps à attaquer, la pointe de l'aiguille. Les chirurgiens anglais me paraissent bien plus hardis que nous, pour attaquer par l'instrument certains obstacles à l'entrée libre des rayons lumineux; ils ont plus que nous confiance dans la tolérance de l'œil pour un fer habilement conduit. Ainsi, j'ai vu M. Tyrrel essayer des pupilles artificielles dans des cas désespérés de staphylomes. Voici comme il agit : le malade est couché comme pour la cataracte; il fait à la cornée une incision, non un lambeau, qui peut avoir tout au plus trois à quatre lignes, en enfonçant le couteau d'une longueur déterminée, là où son tranchant atteint cette largeur, la pointe du couteau est dirigée de manière à faire dans un seul temps une plaie pénétrante à la cornée et au limbe de l'iris, il introduit ensuite dans cette fente linéaire un crochet-mousse, et tire vers la plaie de la cornée, un des bords de l'incision, qu'il excise avec des ciseaux à la Maunoir, aussitôt qu'il affleure au dehors, aussi on a une excision de l'iris avec perte de substance, méthode seule rationnelle pour ouvrir les pupilles artificielles. Car comme nous le dirons un peu plus bas, les instruments qui divisent à l'aide d'un seul tranchant, ne peuvent rien sur le tissu flasque et pourtant très résistant de l'iris.

M. Scott tenta aussi devant moi une opération fort rationnelle, et que nous ne faisons pas en France, quoique les occasions n'en soient pas rares.

A la suite de l'abaissement, si la capsule n'a pas été brisée suffisamment, si les lambeaux se sont de nouveau réunis en forme de toile opaque, comme après des épanchements plastiques, à la suite d'iritis, il se forme dans l'espace pupillaire de fausses membranes parcheminées avec adhérence au limbe circulaire de l'iris, d'une manière quelquefois irrégulière, de sorte qu'il y a déformation de l'iris et perte de la vue, par suite de cette pseudo-cataracte. Nous en avons vu plusieurs cas à l'Hôtel-Dieu, à la suite d'iritis syphilitique, ou survenue à la suite de la métastase laiteuse (car j'admets les métastases).

L'usage des mercuriaux a incontestablement une action sur ces fausses membranes pupillaires, il les rend plus diaphanes, mais la substance dure, parcheminée, qui les forme cède difficilement à l'action sollicitée des absorbants. Que faire dans ce cas? M. Scott a répondu devant moi, d'une manière victorieuse, à cette question, en attaquant avec l'aiguille à keratonixis cette fausse membrane, en appuyant de la pointe sur son centre. Cette fausse membrane cède à tout son pourtour d'attache, comme la peau d'un tambour que l'on couperait, à moitié de son épaisseur, vers le cercle dans lequel elle est sertie, et puis que l'on enfoncerait tout d'une pièce, d'un coup de baguette, et elle tombe alors comme un flocon dans la chambre antérieure, où alors, libre, et privée de ses moyens de nutrition, elle devient corps étranger, et d'une destruction facile.

Après M. Scott, M. Dalrymple, son assistant, ouvrit l'œil staphylômateux d'un petit enfant qui avait les deux yeux perdus à la suite de l'ophtalmie purulente des nouveaunés. Il se contenta fort sagement de n'ouvrir le cône qu'à son extrême pointe, ne fit ouverture que comme pour introduire un plomb de chasse n° 3, pour ôter la saillie difforme du staphylôme, de manière à vider l'œil, à amener la rétraction du tissu, pour former un moignon capable de porter un faux œil en verre, sans risquer l'inflammation des nerfs optiques et du cerveau par suite de l'irruption de l'air dans une cupule oculaire largement ouverte. J'oubliais de vous dire qu'à peine opère-t-on maintenant une fistule lacrymale de six en six mois; le traitement dérivatif, antiphlogistique, local ou général, quelques injections ou plutôt quelques absorptions de substances médicamenteuses par les points lacrymaux suffisent à arrêter une maladie liée à l'état catarrhal de la muqueuse oculo-nasale. Cela avait été démontré que de reste par notre célèbre chirurgien de la Pitié, M. Lisfranc; et la confirmation de ses préceptes se trouve dans la pratique anglaise. Cependant M. Tyrrell a aussi sa canule modifiée pour les cas désespérés, comme vous savez que j'ai aussi la mienne, que je ne place que lorsque l'obstruction du sac par des fongosités rend de nul effet les injections, et l'action des corps dilatants, sondes, sétons, préalablement tentée.

A quelques jours de là, je vis M. Scott opérer une cataracte par le même procédé déjà décrit. En général les opérations ont du succès au *London Infirmary*. L'habileté prudente des chirurgiens, la salubrité de la maison et des salles, et des soins bien entendus, des préparations médicalement dirigées sont les circonstances qui deviennent autant de chances immenses de succès.

Thérapeutique médicale.

Dans cette seconde partie de ma lettre je vous donnerai, mon cher confrère, une idée des théories médicales qui règnent dans la pensée des médecins et chirurgiens du *London Dispensary*. Comme j'ai suivi avec attention tous les cas, que la valeur des prescriptions m'était expliquée avec une parfaite obligeance par M. Mackmurdo, en français, mon oreille étant plus paresseuse que ma langue elle-même à la parole sibilante des Anglais, que j'ai pris avec soin les formules sur le livre de pharmacie de la maison, que j'ai pu avec assez de promptitude saisir la pensée médicale de ces messieurs, je crois la formuler clairement en disant encore une fois qu'ils traitent, et cela est très-sage, les yeux malades plus en attaquant la constitution générale que le point le plus visiblement en souffrance, ou l'œil lui-même; leur médecine oculaire est plus générale et moins locale, moins topique que la nôtre, et en cela j'étais déjà anglais par conviction ancienne, avant de l'être devenu par l'expérience.

Avant d'entrer dans les détails, je dois jeter comme prémisses quelques considérations sur l'état sanitaire de la population pauvre de Londres, dans ses rapports avec les maladies oculaires. Dans cette ville si peuplée, l'air est sans cesse épaissi par la fumée du charbon fossile, et pendant l'hiver par un brouillard très-dense et très-piquant. L'éclairage par le gaz, répandu aujourd'hui depuis la voie publique jusque dans l'intérieur des maisons les plus pauvres, la chaleur intense et les vapeurs irritantes que ce gaz répand en brûlant, tels sont les *circumfusa* qui peuvent fatiguer l'organe de la vue. Une nourriture ou insuffisante, ou d'une nature très-irritante, telle que viandes salées; l'usage, disons plutôt l'abus des liqueurs fortes, presque générale dans un climat brumeux; le défaut de propreté sur les vêtements et les personnes dans les basses classes, tandis qu'au contraire les habitants aisés poussent l'amour de la propreté jusqu'à la manie, par une sorte d'instinct; pour les enfants du pauvre, l'absolue nécessité d'être renfermés dans l'intérieur des maisons, car ici la voie publique est trop obstruée, trop tumultueuse

pour leur permettre l'usage facile du promener, et les squares pompeux dont on vous parle, qui ne se voient que dans les quartiers neufs et qu'entourent les maisons somptueuses des riches, ne s'ouvrent que pour les enfants de ces demeures opulentes, et sont fermées pour les enfants du pauvre : toutes ces causes multiplient d'une manière effrayante la constitution scrophuleuse et les affections oculaires qui en dépendent, de sorte que plus d'un quart des malades qui se présentent aux dispensaires sont des enfants de un à trois ans, attaqués d'*ophtalmie scrophuleuse* ou de *blépharite granuleuse*, de *teigne des paupières*, etc., et au premier coup d'œil l'on peut croire que les maladies oculaires sont plus communes dans la classe pauvre à Londres qu'à Paris.

Ainsi, en 1835, le *London infirmary* a enregistré :

Consultants externes.....	5,332
Internes.....	191
Le dispensaire de *Westminster* a reçu :	
Consultants externes.....	2,407
Internes.....	84
Ensemble.....	8,014

Dans les autres hôpitaux on consulte aussi pour les maladies des yeux. A *Guy's Hospital*, M. Morgan donne consultation, deux fois par semaine, pour les malades externes atteints de maux d'yeux, et il a une salle de vingt-cinq lits pour les hommes, et une de douze pour les femmes : ces salles sont parfaitement tenues.

A *Saint-George Hospital*, M. Walker fait la même chose, mais il n'y a pas de salle spéciale, et de même dans les autres hôpitaux, outre les dispensaires de paroisse. Ce qui porte le nombre des malades atteints des maladies d'yeux, parmi les indigents, à plus de 10,000. Ce qui donne sur une population totale de 1,500,000 la proportion de 1 sur 150, et dans ce nombre on ne compte pas les personnes aisées qui sont souvent affectées, à en juger par celles que l'on voit se promener les yeux couverts de gardes-vue ; tout ceci établirait approximativement à 1, 5/10 : par 150 habitants qui paient, par des maladies oculaires, le tribut aux causes anti-hygiéniques que nous avons signalées. Dans une autre lettre, j'établirai approximativement le chiffre proportionnel des malades atteints de maladies d'yeux, à Paris, avec sa population. Je continue ici l'examen médical de la constitution de Londres. Au milieu de tant de causes débilitantes dans un climat brumeux et sévère, auquel on ne peut résister que par une force énorme de réaction intérieure, qui se puise, surtout pour le peuple, dans une alimentation très-excitante en liqueurs fermentées et en viandes succulentes et très-épicées ; dans l'infusion du thé, prise plusieurs fois par jour; sitôt que la misère frappe un individu, elle ne le fait pas seulement promptement languir, elle le tue. Il faut peu de chose pour faire tomber promptement dans un colapsus profond ces hommes aux forces athlétiques, et des femmes qui avaient naguère l'apparence d'une florissante santé. Les médecins anglais ont compris leur nation sous le rapport de la santé, comme ses législateurs la conduisent sagement dans la voie graduée des améliorations. Les médecins anglais font peu la médecine du symptôme, la médecine de l'organe qui crie ; ils voient bien que ce qu'on appelle ailleurs une inflammation, un afflux anomal, n'est qu'un défaut dans l'équilibre général des forces, aussi cherchent-ils aussitôt à le rétablir : ils s'empressent d'abord à réouvrir la porte aux sécrétions interrompues, surtout à la sécrétion cutanée, par la diaphorèse excitée, ou à lui suppléer par la sécrétion intestinale vigoureusement sollicitée ; puis, cela fait, observateurs habiles, ils interrogent les forces circulatoires,

essaient s'il y a réaction interne possible, et l'aident de tous les moyens pharmaceutiques qui sont en leur pouvoir; faibles ressources quand, pour ranimer tant de langueurs, fruits de la misère, il faudrait jeter de l'or à pleine main, et, comme Josué, arrêter le soleil de juin! Les médecins anglais font un usage modéré de la saignée générale, et dans la chirurgie oculaire, ce n'est que lorsque le pouls l'indique d'une manière péremptoire qu'ils l'ordonnent, mais alors large, et de manière à abattre l'hyperhemie errante, d'un coup, sans crainte de retour : ils font attention à l'état saburral de la langue, à la pâleur du teint, à un certain état auémique qui se rencontre très-bien avec une conjonctivite ou une bleupharite intense; car on n'a pas assez bien compris cette idée mère que je formule ainsi : souvent l'inflammation est faiblesse. A l'aide des prescriptions suivantes, ils cherchent à dériver sur le canal intestinal, à ranimer les forces digestives.

℞	Calomel	g de iii à v à viii g.
	Résine jalap.	g v à g x ii.
℞	Sulfate de soude ou de magnésie. .	ʒ ß j.
℞	Calomel et coloquinte.	p g iii à v aa.
℞	Calomel.	g iia g vi. (Pour les enfants)
	Rhubarbe.	g v à g xx.

Lorsque les évacuations alvines ont eu lieu, l'on cherche à ranimer les forces de l'estomac par les formules qui suivent :

℞	Colombo poudre.	ʒ ß j.
	Carbonate de soude.	g xv.
	Poudre rhubarbe.	ʒ j.

Pour une masse pilulaire à prendre en un jour :

℞	Kina gris poudre.	ʒ j.
	Rhubarbe.	ʒ ij.
℞	Kina et carbonate de soude. . . .	ↄ ß aa.
℞	Carbonate de fer.	ↄ j

et les autres moyens hygiéniques, aidés d'un bon régime.

Lorsque pourtant l'irritation locale est vive, que la conjonctivite, la sclerotitis, la kératite ou l'iritis sont intenses, le médecin prescrit une saignée quelquefois jusqu'à défaillance; mais si le sujet n'est pas très-riche en *sang rouge* (je me sers exprès de cette expression qui fait antinomie avec la constitution lymphatique que l'on pourrait définir, *à sang blanc*), il se contente de l'application vers les tempes de quelques sangsues, ou des ventouses scarifiées.

Lorsque la maladie a passé à l'état chronique, lorsque les ulcérations se répètent fréquemment, et restent stationnaires, ne faisant un pas ni vers la guérison, ni vers un état plus franchement inflammatoire, c'est le cas opportun pour les médecins anglais d'*influencer* la constitution en général par ces médicaments qui agissent d'une manière assez indéfinissable, et que l'on désigne en thérapeutique sous le nom d'*altérants*.

Les formules les plus usitées dans ces occurences sont :

℞	Calomel.	g ij à g v.
℞	Antimoine.	ij à g v.

A l'Hôtel-Dieu nous avons également employé avec avantage, dans le service de M. Sanson, les antimoniaux, lorsqu'il s'agissait de favoriser une résorption purulente, comme dans l'hypopion faux ou interlamellaire, ou dans l'hypopion vrai ou *onyx*.

℞ Les bols de hydrargiri cum cretâ, ou mercure éteint dans la chaux. . . . . gr ij à iv.
Rhubarbe. . . . . ʒ ß.

℞ Le calomel seul, depuis . . . . . gr j. jusq. gr x.
ou avec opium. . . . . gr 1/4.

C'est cette formule qui est la plus employée, et l'on ne redoute pas en Angleterre d'arriver jusqu'à la salivation commençante, et de la continuer modérée pendant trois ou quatre jours.

Quelque répugnance que les médecins français aient aujourd'hui pour ce moyen héroïque, qui détourne vers les glandes salivaires de la bouche une grande quantité de fluides blancs, mal élaborés, qui encombrent l'économie chez les scrophuleux et les lymphatiques, j'y ai une grande confiance. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu le ptyalisme mercuriel arrêter à plusieurs reprises une ophtalmie scrophuleuse avec commencement d'inflammation interne, chez un tailleur de cristaux. — J'ai moi-même enrayé une iritis aiguë, par le calomel, donné à la dose de gr. iij, par jour, chez une dame ce médicament la trouva si peu réfractaire à son action que le troisième jour il y avait déjà une action très-manifeste sur les gencives, et que le quatrième elle entrait en complète salivation en même temps que l'iris reprenait sa couleur et ses mouvements, et qu'une pustule phlegmoneuse qui s'élevait à sa surface avec épanchement de lymphe coaguable, semblait disparaître comme par enchantement (1).

Quant aux médications externes elles sont astringentes; c'est :

℞ La solution d'alun . . . . . gr iv.
Eau distillée. . . . . ʒ j.

En Angleterre, on trouve cette solution suffisamment active pour conjurer les progrès menaçants de la conjonctive purulente des nouveau-nés. En France, nous agissons surtout à l'aide de la solution plus active du nitrate d'argent.

℞ L'acétate de plomb. . . . . q. s.
— de zinc. . . . . q. s.

Au lieu du laudanum, plus rarement usité au *London-Dispensary*, on se sert d'un vin d'opium de la pharmacopée de Londres.

Dans la teigne des paupières, maladie commune à Londres chez les enfants, on touche le bord ulcéré, après que l'on a enlevé les croûtes sèches qui entourent le bulbe du cil, avec l'onguent citrin liquéfié à la chaleur de l'eau bouillante, que l'on applique à l'aide d'un pinceau. — J'aurai occasion d'en parler dans ma quatrième lettre, au sujet de l'ouvrage de M. Mid-Lemore (2).

---

(1) J'ai consigné ce fait dans un mémoire qui vient de recevoir une mention honorable à la société Médico-pratique.

(2) Le pharmacien actuellement en exercice, M. Turner, qui parle très-bien français, a eu pour moi mille obligeances, me communiquant les formules, etc., etc. Je le prie d'en recevoir ici mes remerciments.

On emploie plus rarement, quoique pourtant officinales au Dispensaire, les formules qui suivent :

℞ Solution de nitrate d'argent de . . . . . gg. ij a gg x.
Eau . . . . . ʒ j

℞ Une solution de sulfure de potasse. . . . . ʒ ß.
Eau distillée. . . . . ʒ ij

℞ Deuto-chlorure de mercure. . . . . gg i à viii.
par eau distillée. . . . . ʒ j.

℞ Deuto-chlorure de mercure. . . . . ʒ ß.
Eau de chaux (liquor calcis). . . . . ʒ xii.

On voit par la nature de ces solutions qu'elles ne peuvent être employées que comme des caustiques dans les cas d'ulcérations des paupières, de la cornée. On se sert d'un liniment savonneux.

Sap. off. . . . . ʒ vi.
Tinct opium. . . . . ʒ ji.

Dans les cas de prurigo des paupières.

Il existe souvent à l'angle externe de l'œil, dans le pli qui se trouve à la commissure, une ulcération très-cuisante, et que j'ai signalée en la comparant à la fissure anale, sous le nom de *fissure palpébrale*. Je crois que la formule précédente serait très-bien appliquée dans ce cas, contre lequel je me sers du cérat saturnin opiacé, ce qui revient à peu près au même, de l'onguent *sperma ceti* comme adoucissant, auquel on peut par économie substituer le beurre frais bien lavé dans de l'eau de rose.

Vous voyez, mon cher confrère, que la médecine oculaire, au *London-Dispensary*, est assez active. J'ai demandé si l'on faisait aussi usage de la teinture de colchique dans les ophtalmies dans lesquelles le tissu fibreux (la sclérotique) étant intéressé, on peut soupçonner le transport d'une affection rhumatismale ou artrique errante. On m'a répondu que les antimoniaux servaient plus efficacement à remplir l'indication que le colchique, et étaient d'un usage moins souvent incertain.

Je termine cette lettre par la transcription d'une table où sont enregistrées les maladies oculaires observées pendant deux ans, au *London-Dispensary*, et distribuées par leur nature.

Dans une prochaine suite à cette épître, je vous entretiendrai des particularités qui concernent le dispensaire et infirmerie ophtalmiques de *Westminster*, et je terminerai par quelques considérations sur les avantages de semblables établissements à Paris.

Recevez, monsieur et honorable confrère, l'assurance de ma parfaite estime; et croyez que je suis trop heureux de vous offrir les renseignements que vous pouviez désirer, puisque vous voulez aussi doter une de nos premières villes manufacturières, d'un dispensaire ophtalmique.

Agréez de nouveau, etc.

Londres, le 13 septembre 1836.

Classement des maladies oculaires chez les malades externes, traitées au London infirmary, *dans les années* 1833 *et* 1834.

Inflammation de la conjonctive, 1,973; nature catarrhale, 284; purulente, 272; gonorrhéique, 2	2,532
Inflammation chronique de la conjonctive	1,446
Inflammation scrophuleuse de la conjonctive, 1066; avec opacités de la cornée, 758; avec ulcération, 552; avec pustules, 527.	2,948
Inflammation de la cornée, 80; de la membrane de l'humeur aqueuse, 36; cornée conique, 6; staphylome, 33	155
Inflammation des tuniques profondes, 146; chemosis, 38; désorganisation de l'œil, 30; inflammation artritique du globe, 58.	272
Iritis (de nature rhumatique ou syphilis), 244; prolapsus de l'iris, après blessures, 46; iris vacillant. 5.	295
Cataracte capsulaire, lenticulaire ou congénitale, 226; traumatique, 20; déplacement de la lentille, 5.	251
Amauroses en degrés variables, 806; glaucome, 76; névralgie, 17; nyctalopie, 2; spasme convulsif de l'œil, 2.	895
Blessures et coups sur les yeux, le plus souvent par éclats de parties métalliques (serruriers, mécaniciens), 209; brûlures, 2.	211
Ulcération gangréneuse de la paupière, 2; maladie fongoïde, 3.	5
Exophtalmie par maladies de l'orbite, 5; hydrophtalmie, 2.	7
Paralysie de la paupière, ou de la troisième paire, 26; strabisme, 50. . .	76
Inflammation des paupières avec ou sans abcès, ou ulcération, 180; orgeolet, 55; teigne ou favus des cils avec lippitude, 972	1,207
Tumeur des paupières, 117; ectropion, 15; entropion, 16.	148
Œdème des paupières, 7; ptérygium, 1; rupture du globe, 1.	9
Maladies des voies lacrymales.	150
Total des malades externes admis à consultation.	10,609

Dispensaire de Westminster. — Etablissements semblables à Paris.

Mon cher confrère,

Je ne recommence pas une autre lettre, je continue la dernière. Aujourd'hui, je vous introduirai au *Westminster ophtalmic infirmary, for the deseases of the eye.*

La pensée première de ce second établissement destiné aux malades atteints de maladies d'yeux, pour toute la partie nord-ouest de Londres, naquit dans une réunion de personnes de haut rang, rassemblées pour d'autres objet de charité, en décembre 1816. D'abord établi dans une maison rue Marie-le-Bone, plus tard, Warwick Street, ce n'est qu'en 1832 qu'il a été transféré dans un édifice somptueux, bâti pour son usage, sur un terrain donné par la couronne, au coin de Chandos Street, non loin de la magnifique place de Trafalgar, près du Strand, c'est-à-dire dans la partie la plus belle de Londres. Je ne vous répèterai pas en détail les dispositions de l'édifice. Qu'il me suffise de vous dire que, plus moderne que le dispensaire de Londres, à Morsfields, les proportions sont plus grandes, la distribution étant à peu près la même.

Cet établissement est déjà fort riche. On espère que la rente annuelle, qui n'est au-

jourd'hui que de 411 liv. st. ou 10,775 fr., pourra monter à 500 liv. st., ou à un peu plus de 12,500 fr., et alors on pourra recevoir continuellement des malades, dans les trente lits qu'il renferme, et qui n'y sont admis aujourd'hui que par urgence ou pour des opérations graves.

Cette institution, comme hôpital et école d'instruction, ressort de l'hôpital et école de chirurgie de Westminster : les élèves qui veulent y suivre la pratique ophtalmologique, comme particuliers, paient à l'établissement 5 guinées (1). C'est M. Guthrie, si connu chez nous par ses travaux sur les plaies d'armes à feu, par ses recherches sur les maladies des voies urinaires, et par un traité des maladies chirurgicales des yeux, qui est placé à la tête des deux établissements. Le *dispensary ophtalmic* a pour patrons le roi, la reine, les premiers dignitaires de l'état, dans l'armée ou dans la hiérarchie nobiliaire; M. Guthrie se trouve donc là encore au milieu des généraux qu'il a accompagnés tant de fois sur le champ de bataille, comme chirurgien militaire, mais dans des rapports plus doux aujourd'hui, ceux d'une bienfaisance éclairée.

M. Guthrie se recommande aux étrangers par une bienveillance toute ouverte et toute militaire, et aux médecins français en particulier, par une pratique facile de notre langue.

Nous serions désolé, dans les courtes remarques que nous allons faire sur la pratique ophtalmologique à *Westminster dispensary*, de blesser en rien l'excellent homme et le chirurgien habile qui le dirige, et nos observations ne rouleront que sur les procédés employés, les méthode curatives, non sur le *modus agendi* en lui-même.

La consultation commence à midi, les malades en traitement y arrivent à cette heure, et se confient, trois fois la semaine, ès-mains d'un jeune chirurgien, chargé de tel ou tel malade. Pour l'application des collyres, application des ventouses, exutoires, etc., à une heure le chirurgien en chef arrive, et avec une promptitude que les médecins qui ont été toute leur vie à la tête de grands services savent acquérir, il fait un examen rapide des nouveaux venus, les fait enregistrer et institue leur mode de traitement. Disons-le en deux mots : le traitement à *Westminster ophtalmic hospital* est plus chirurgical, plus topique qu'au *London dispensary*. Si l'on pouvait allier les deux méthodes curatives, ce n'en irait pas plus mal, et un malade intelligent prendrait, à neuf heures, conseil de MM. Tyrrell et Scott, et à une heure, ceux de M. Guthrie, et amalgamerait le tout à son plus grand avantage. M. Guthrie, sans négliger la médecine interne absolument partout, voit plutôt la conjonctivité catarrhale, érysipélateuse, scrophuleuse, la kératite et ses formes variées, dont il poursuit l'inflammation chronique avec des caustiques astringents actifs, pour ne pas dire des caustiques cathérétiques. Plus que ses confrères de l'est, il oublie qu'il a souvent affaire à des estomacs délabrés ou chargés de saburres, ou irrités par des doses de brandy et de wisky d'Ecosse. Je joindrai ici après une note des principales formules de prescriptions, soit internes, soit externes; mais l'on peut juger de la manière générale de traiter, par la différence en quantité de médicaments distribués chaque année. — Si la somme de dépense pour chaque malade, la fourniture des médicaments comprise, est de 1 fr. 50 c., argent de France, au *London dispensary*, elle n'est guère que de 60 c. au dispensaire de Westminster. En effet, les applications topiques de quelques gouttes de collyre sont un peu moins coûteuses que des médicaments pour usage interne. J'ai calculé déjà que l'on peut donner à Paris, par chaque consultation, aux malades atteints de maladies oculaires, des prescriptions qui ne doivent pas coûter plus

(1) Le professorat particulier étant une des manières les plus honorables de s'indemniser de son temps, nous ne comptons demander, pour six mois de cours à notre dispensaire, à chaque élève, que 30 francs.

de 25 c. par jour. La médecine doit être faite selon les rangs et les personnes, et la thérapeutique du pauvre, quoique aussi active, ne devra jamais être aussi dispendieuse que celle du riche. Il ne s'agit que de varier les substances médicamenteuses.

Thérapeutique chirurgicale.

Cataracte : M. Guthrie opère aussi la cataracte par extraction, par incision supérieure. Le malade étant placé sur un fauteuil, il l'opère par dessus la tête; cette position est gênée, oblige l'opérateur à être très-penché : il n'aperçoit pas bien le plan de section, ou sur un angle défavorable. M. Guthrie relève lui-même et de la main libre la paupière inférieure et la supérieure avec ses deux doigts faisant la fourchette, et placés l'un sur une paupière, l'autre sur l'autre à leur centre. Qu'en résulte-t-il? c'est que, tiraillée en haut et en bas, et non vers ses angles, la boutonnière que présente l'ouverture des paupières n'est plus suffisamment grande, et que, soit pour introduire la pointe dans le segmemt de la cornée, soit pour la faire sortir, le chirurgien est gêné, et s'expose à piquer les paupières ou la caroncule lacrymale; que l'œil roule, mal contenu entre deux doigts, tandis que placé entre trois ou quatre, deux du chirurgien, deux de l'aide, il ne peut si facilement se mouvoir. Telles sont les circonstances défavorables que l'honorable M. Guthrie se donne lui-même à vaincre. Aussi, faut-il le dire ici, sans crainte de le blesser, son *modus agendi* n'a ui le brillant, ni la sûreté désirable, et contrarié, gêné par tout le fâcheux de sa position, il éprouve quelquefois de véritables contrariétés opératoires.

Dans un de ces cas, j'ai vu que l'incision supérieure, lorsque le lambeau a été fait en pointe, ou trop petit, n'a pas un avantage marqué sur l'incision inférieure; la paupière supérieure, bien plus mobile, fatigue plus la cicatrice naissante que l'inférieure qui atteint à peine l'arc de cercle offensé de la cornée, ou, si elle l'atteint, la maintient en même temps que la supérieure tend sans cesse à appliquer le lambeau sur la lunule ouverte. M. Guthrie est un partisan déclaré de la keratonixis. Il la pratique à l'aide d'une aiguille très-fine, par la partie centrale de la cornée, comme Jœger.... Mais est-ce donc une méthode bien favorable que celle qui consiste à percer la capsule cristalline, une première, puis une seconde, une troisième, une quatrième, une cinquième fois. La cornée, dit-on, ne s'en ressent peu ou pas, et le point piqué guérit très-bien, d'une tentative à l'autre. Soit... Mais quand, par l'abaissement par la sclérotique, réclinaison ou broiement, selon les cas, on peut en une et quelquefois en deux tentatives au plus, débarrasser complètement le malade, il nous semble qu'il n'y a pas à hésiter. Et si la keratonixis doit être conservée comme méthode, dirions-nous exceptionnelle, que ce soit, par exemple, pour détruire une fausse membrane ou speudo-cataracte, celle congénitale, par exemple, ou acquise par maladie, ou chez les enfants. La manœuvre de la keratonixis centrale est gênée, on peut faire difficilement parcourir à l'aiguille ses mouvements de bascule lorsqu'elle a passé par la pupille. — J'ai vu là au dispensaire des malades déjà opérés deux ou trois fois, et chez lesquels la dilution du cristallin était peu avancée, après deux, trois ou quatre piqûres.

Nous avons dit que les chirurgiens anglais osent tenter des pupilles artificielles, dans des cas presque désespérés d'atrisie de l'iris, avec synechie antérieure ou postérieure, sur des yeux staphylomateux, qui, devinssent-ils perméables et sensibles à la lumière, seraient mal conformés pour une vision régulière. M. Guthrie opéra devant moi, à Westminster, en ce cas, et il employa le très-mauvais procédé d'Adams, procédé qui consiste à introduire par la sclérotique derrière l'iris un petit couteau linéaire, pour couper en sciant les fibres (le tissu de l'iris) d'arrière en avant. — Ce procédé est fallacieux : le petit couteau ne coupe rien, il pousse devant lui le tissu très-mou de l'iris et pourtant très-tenace; exactement comme si vous vouliez couper avec un couteau très-mal acéré un

rideau de mousseline peu tendu : l'étoffe cède et ne se coupe pas : dans un cas que j'avais tenté, il y a six ans, à la Salpétrière, sous les auspices de feu M. le professeur Lallement, en présence de mon confrère et ami, M. Sichel, j'éprouvai le même embarras que ces jours-ci, devant moi, M. Guthrie; dans les deux cas, la section de l'iris ne put être faite, et la tentative resta infructueuse.

Pratique médicale.

Nous avons dit en peu de mots en quoi la thérapeutique de Westminster différait de celle du *London-infirmary* ; je vous dirai seulement que les collyres les plus actifs y sont en honneur. Voyez et jugez ; car voici le formulaire.

Collyres et solutions.

℞ Esprit de camphre.
Limon.
Rosmarin.
℞ Solution sulfate de fer.
— cuivre.
— alun.
℞ Nitrate d'argent de . . . . . j g̃ a xii. par ʒ i.
Eau distillée. . . . . (très-fréquent usage.)
℞ Collyres — acétate de plomb.
opium.
— Laudanum liquide.

C'est plutôt l'eau alumineuse que l'on emploie dans l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, maladie si commune à Londres, et qui y paraît due à la contamination au passage de l'enfant, lorsque la mère est atteinte même de simple leucorrhée, que le nitrate d'argent, comme nous le faisons à Paris. L'injection forcée se fait à l'aide d'une petite seringue, et cela est fort bien imaginé, car les paupières gonflées n'admettent que difficilement le collyre détersif.

Les collyres mous ou pommades sont :

Des pommades d'axonge et nitrate de mercure,
zinc,
fer prussiaté,
et nitrate d'argent.

On emploie celui-ci tellement chargé qu'il est noir, dans la deuxième période de l'ophtalmie purulente, pour détruire, comme cathérétique, les granulations veloutées. M. Guthrie se sert aussi beaucoup contre la blépharite glanduleuse ou granuleuse du crayon de sulfate de cuivre.

Médicaments internes attérants.

℞ Calomel de . . . . . g̃ ij a g̃ 6 par jour.
℞ Calomel et poudre coloq. . . . . iij ʒ ãã.
℞ Calomel. . . . . g̃ ij à vi.
Opium. . . . . g̃ 1/4.
℞ Calomel. . . . . g̃ ij à vi.
Jusquiame de . . . . . 1 à 3 g̃. Un bol par jour.
℞ Émétique . . . . . g̃ i. ii. iii .

Purgatifs.

℞	Hydrarg. cum cretâ (mercure éteint)	g̃ j à v.
	poudre rhubarbe . . .	ʒ ß.
	résine jalap	g̃ viii.
℞	Hydrarg. sub mur. (Calomel).	g̃ ij. à gr. x.
	pulv. rhey. barb	g̃ iv.
℞	Pulvis jalapæ composé.	ʒ j à ʒ ß
℞	Poudre rhubarbe composée.	ʒ 1/2.
℞	Magnesie sulfat.	ʒ̃ i à ʒ̃ i ß.
℞	Antimo tart	ij.

Telle est en son ensemble, cher confrère, la batterie pharmaceutique dont le chirurgien en chef de l'armée anglaise d'Espagne, dans les campagnes de 1810 à 1813, fait usage, par lui ou par ses jeunes lieutenants; aussi, vous dirai-je que, lorsqu'une heure avant la visite, on entre dans la salle de pansement, que tous les yeux de ce petit peuple d'enfants braillards sont saturés d'eau assaisonnée de nitrate d'argent, ce sont des pleurs et des grincements de dents, et l'on se croirait transporté dans l'une des sept divisions de l'*Enfer* du Dante.

J'ai pu observer, et faire observer à M. Sanson, le jour où j'allai avec lui visiter le *Dispensaire de Westminster*, un joli petit enfant atteint sur les deux yeux du *fongus medullaire* décrit par Penizza. Le fond de l'œil présente une belle cupulle dorée semblable à l'aspect brillant qu'offre le tapis de l'œil des *féliens*, ou tout simplement, pour vous qui n'êtes pas zoologiste comme moi, *des chats :* peu à peu la substance medullaire épanchée (je vous dirai plus tard mes idées sur ces productions malignes) champignonne, arrive à la cornée, la perfore; les hémorragies surviennent, et l'enfant est emporté sans ressource. Sur l'un des yeux, le droit, premier entrepris, la maladie restait un peu stationnaire, tandis qu'elle marchait avec une effrayante rapidité sur le gauche... Trois mois à peine s'étaient écoulés depuis la deuxième invasion. Il y a, dans tous les cas, perte complète de la vue, car, d'après moi, c'est la rétine qui est hypertrophiée, et la véritable substance *médullaire*, qui, pourrait-on dire, s'épanche, et produit le champignon malin. Ici, la circonstance d'une double maladie ôtait toute idée même éloignée d'une tentative chirurgicale. Naître ainsi, c'est naître *Diis invitis*. Il faut périr.....

Je vous ai parlé des dispensaires ophtalmalogiques de Londres, j'arrive à ceux de Paris.

Dispensaires de Paris.

C'était un besoin senti qu'une consultation *spéciale* pour les maladies des yeux. Un des premiers, je sentis qu'il y avait là une lacune dans l'enseignement comme dans la pratique chirurgicale, et comme j'étais alors prosecteur de médecine opératoire de M. Sanson aîné, lui-même simple chirurgien à l'Hôtel-Dieu, je lui fis comprendre que personne mieux que lui, qui avait fait passer dans les meilleurs articles de nos modernes dictionnaires les préceptes de l'école de Vienne et d'Italie, ne pouvait relever le gant que l'ophtalmologie anglaise, allemande, italienne, jetait insolemment à nos pieds. Je promis à M. Sanson, ou plutôt je le priai d'accepter ma coopération Il demanda au conseil général l'autorisation de créer un service spécial relativement

à une consultation externe, et en outre, il devait recevoir dans le service de la salle les cas les plus graves et les plus intéressants.... Je faisais moi-même, avec l'autorisation du conseil, les fonctions de chef de clinique, pour recueillir les observations, enregistrer les malades, dresser des états statistiques, et, j'ose le dire, mon zèle ni mon courage ne se sont point démentis pendant deux années (1833—1834) que j'ai rempli ces fonctions de chef de clinique à cette consultation que dirige aujourd'hui M. Caffe, notre honorable ami. J'ai surmonté bien des dégoûts et bien des oppositions qui, surtout, partant de près, rendaient ma démarche incertaine. Pendant mon exercice plus de dix-sept cents malades ont été enregistrés chaque année. Les observations de plus de huit cents cas ont été rangées dans des tables statistiques. En un mot, je n'ai rien négligé pour rendre mes services agréables à mon chef immédiat et au conseil royal des hospices qui a daigné m'en témoigner une entière satisfaction.

Depuis, la consultation oculaire a suivi M. Sanson à la Pitié, lorsqu'après vingt ans de combats dans d'honorables concours, la Faculté a reçu dans son sein, comme professeur de clinique, M. Sanson, qui, nouvel Élysée, a succédé enfin à la chaire de son illustre maître, comme il en conserve les sages errements et tout le grand sens chirurgical. M. Sanson à l'Hôtel-Dieu y eût bientôt rappelé M. Dupuytren, une rivalité voisine l'a fait envoyer à la Pitié, point moins central, où certain tonnerre qui retentit dans les hauteurs, peut faire non pâlir, mais rendre moins populaire le mérite professoral de M. Sanson. — La clinique oculistique l'y a suivi ; deux salles sont même disposées spécialement pour y recevoir les malades atteints de maladies oculaires ; mais la position n'est plus aussi centrale, et le faubourg Saint-Marceau ou la partie sud-est de Paris pourra seule en profiter.

Cependant cette consultation sera d'un grand avantage pour cette population laborieuse, misérable, adonnée aux liqueurs fortes, et vivant au milieu des haillons.

Dès l'origine de mon exercice à l'Hôtel-Dieu, M. Carron du Villards, habile chirurgien oculiste, élève de l'école de Pavie, adepte né pour l'art de guérir sous les ailes de l'illustre Scarpa, m'avait proposé d'ouvrir par des efforts réunis un dispensaire semblable à ceux de Londres ; j'y avais consenti, mais des tracas sans nombre, des entraves m'empêchèrent d'accéder à sa proposition, et M. Carron, plus libre que moi qui n'étais pas *mei juris*, comme on dit dans les Pandectes, ouvrit son dispensaire, d'abord au siége de l'ancien tribunal de commerce, puis enfin rue Chanoinesse, et il a fondé un établissement clinique, qui est là comme pour faire pâlir la clinique officielle, peu retentissante aujourd'hui sur ce point comme sur les autres, de l'Hôtel-Dieu.

La position insulaire de M. Carron pourrait paraître défavorable, il aura cependant naturellement dans sa sphère d'activité la partie centrale de Paris, depuis la rue Saint-Martin, et en se portant vers l'ouest, jusqu'aux Tuileries, etc.

Un de nos confrères, élève de l'école de Vienne et de Berlin, nourri de la parole encore retentissante des Beer, des Hymly, M. le docteur Sichel, qui réunit à beaucoup de savoir médical les qualités qui font l'homme de bien, a ouvert une consultation oculistique, dans les environs de l'École de médecine ; il y donne aux élèves les préceptes de l'école allemande, et se montre surtout remarquable par la fidélité et la profondeur de son diagnostique.

Quant à moi, je vais aussi fonder de mon vivant un établissement qui portera, j'espère, des fruits bientôt mûrs. Ce sera pour moi comme l'étaient pour Épaminondas les batailles de Leuctres et de Mantinée, qu'il appelait ses filles et sa postérité : mon dispensaire sera toute la mienne. Entouré des conditions matérielles convenables, je puis dès aujourd'hui disposer de salles superbes, pour infirmerie, salles de consultations et de pansements ; et comprenant que sans l'anatomie il n'y a pas de physiologie et de pathologie possibles, encore moins de chirurgie, j'ai fait élever pour l'étude de l'anatomie

du système nerveux et des organes des sens dans la série animale, et pour la conservation des pièces pathologiques ou d'anatomie normale de l'œil et de ses annexes, deux pavillons isolés au fond de mon jardin. Je ne bâtis pas pour moi seul, je veux qu'après moi une succession de bons chirurgiens, admis après concours, viennent exercer dans les mêmes lieux, et avec les mêmes avantages, la branche oculaire de l'art de guérir. Ce sera mon *non totus moriar*, car je perpétuerai par là mon bon désir d'être utile aux ouvriers indigents des trois arrondissements les plus populeux de Paris, les plus pauvres, je veux dire les septième, huitième et neuvième, pour la partie qui est sur la rive droite de la Seine, au centre desquels je suis né, et où j'habite aujourd'hui pour toujours.

C'est là que tant que mes forces me le permettront, par moi-même ou par un habile adjoint, plus tard par un successeur de mérite, j'offrirai aux ouvriers laborieux des conseils et des remèdes contre les plus affligeantes des maladies, les affections oculaires.

J'arrive de Londres où j'ai été me retremper dans cette nation forte où l'on fait le bien par son impulsion propre et sans permission. J'y ai vu les dispensaires ophtalmiques, et je vous ai rendu compte de mes observations. Je vous disais que toutes les villes d'Angleterre un peu manufacturières ont un semblable dispensaire ; ainsi, à Birmingham, la ville où l'on travaille les métaux, M. Midlemore, auteur d'un bon traité sur les maladies des yeux, dont je vous parlerai une autre fois dans une lettre sur la bibliographie ophtalmologique anglaise, a ouvert un dispensaire pour les affections des yeux ; à Glascow, M. Mackensie, etc., etc., etc.

Quant à vous, mon cher confrère, que j'ai vu à Rouen, si désireux de vous montrer un habile ophtalmologiste, qui compreniez aussi l'avantage de créer un tel dispensaire pour la population ouvrière du Manchester français, population ravagée par les scrophules, et où tant d'ouvriers sont atteints de maladies d'yeux, faites comme nous, offrez à vos concitoyens pauvres des conseils amis, pleins de savoir et de probité, et croyez que je suis heureux de vous transmettre ces renseignements s'ils peuvent vous être utiles. Si vous venez à Paris, venez voir mon établissement naissant ; priez ceux de vos confrères de Rouen de me faire le même honneur, et croyez à ma sincère affection.

Le docteur A. BOURJOT Saint-Hilaire,

Ancien chef de clinique, à l'Hôtel-Dieu.

Londres, le 14 septembre.

Lettre à M. le docteur Pignier, directeur de l'école des jeunes aveugles de Paris, de la rue Saint-Victor, sur l'école des aveugles indigents de Londres.

Monsieur et honorable confrère,

Connaissant les vives sollicitudes que votre excellent cœur renferme pour les infortunés qui, privés de la vue, sont placés sous la direction de vos soins paternels à l'école des jeunes aveugles de la rue Saint-Victor, j'ai pensé ne pouvoir mieux compléter un voyage médical en Angleterre, que j'entreprends pour connaître et acclimater chez nous les excellentes institutions ophtalmiques que ce pays renferme, qu'en visitant un asile destiné, par la charité publique, à diminuer l'infortune actuelle des jeunes aveugles que l'art n'a pu secourir, et à les rendre moins à charge à la société qui doit leur servir de tutrice intelligente. J'ai réuni ici quelques remarques que m'a suggérées la

visite de cet établissement; heureux de vous les offrir aujourd'hui comme un témoignage de ma gratitude, pour m'avoir autorisé à visiter avec soin, comme oculo-pathologiste, les yeux hélas perdus de vos élèves; plus heureux encore si cette lettre pouvait vous fournir des arguments pour hâter, près du ministre, l'exécution si vivement sollicitée par vous d'améliorations urgentes dans le régime intérieur, et surtout d'une translation vraiment commandée par l'insalubrité du local de votre institution établie dans les bâtiments trop vieux et mal aérés de l'ancienne maison Saint-Firmin et de l'ancien collége du cardinal Lemoine, dans un bâtiment neuf convenablement disposé pour cet usage.

L'école des aveugles indigents, comme la plupart des établissements du pays, est soutenue à Londres par des fondations pieuses et par des souscriptions volontaires; l'institution s'administre par des comités de bienfaiteurs. Les bâtiments de l'institution sont placés dans le grand faubourg de South Warck, tout près de l'hôpital des fous de Bedlam; ce quartier est encore peu bâti, ce qui a permis de donner à l'établissement actuel, nouvellement transféré, une grande étendue, des cours, des jardins, et les bénéfices de vastes courants d'air.

La façade nouvelle, qui a sa principale entrée sur le rond point de l'obélisque et sur *Lambert Road*, est fort agréable; elle se distingue par le style gothique, qui, à Londres, grâce au ciment romain, se relève partout de ses ruines, jeune emblême des vieux temps.

La construction en briques, chaux et sable, assure à cet établissement, ainsi qu'à toutes les maisons, dans un pays aussi humide que l'Angleterre, une absence complète d'hygromicité par la nature des matériaux employés, tandis que chez nous le plâtre, et surtout le vieux plâtre, dans les lieux bas, mal aérés, comme ceux de la rue Saint-Victor, s'imprègne de sels déliquescents qui le rendent hygrométrique, lorsque l'air est saturé d'humidité, et ensuite se sèchant difficilement, il devient une cause réelle d'insalubrité. C'est surtout à cette circonstance, au défaut d'élévation du sol, au défaut de ventilation, que votre maison présente des circonstances si contraires à l'hygiène, et sur lesquelles je vous ai entendu si souvent gémir.

Retournons à South Warck (au Blind's asylum): il renferme aujourd'hui cent douze élèves, mais il est destiné à en recevoir cent vingt. Ce nombre est petit, mais cela s'explique par le peu de temps que les élèves ont à y demeurer, deux, trois ou quatre années au plus, à des exceptions près, et par faveur spéciale, et par la rotation assez prompte que les sorties et les entrées amènent dans le personnel des pensionnaires.

Voici en peu de mots les bases de cette institution, le but que l'on s'y propose, le résultat que l'on obtient:

C'est de donner à l'indigent aveugle un art, une profession manuelle, qui le rende plus tard capable de subvenir, en tout ou en partie, à sa subsistance, et aussi de lui offrir, dans l'habitude du travail des mains, un palliatif contre l'ennui, l'immoralité qui dérive de l'inoccupation, et ainsi un moyen d'entretenir la santé du corps unie à celle de l'esprit.

Dans cette maison, sont reçus avec recommandation, et après examen qui constate une cécité réelle et sans remède, les personnes des deux sexes, de l'âge de douze à trente ans, pour y être nourries, logées et instruites. On a remarqué que l'âge le plus favorable était de douze à dix-huit ans. Et cela se conçoit aisément. Avant cet âge, l'aveugle n'a besoin que des soins corporels reçus dans la famille; passé dix-huit ans, son caractère fait le rend impropre aux règles de la discipline, ou à l'observance des bonnes mœurs.

On a aussi signalé, comme un grand malheur pour un aveugle, de rentrer dans le monde, même après son éducation ou plutôt son apprentissage, sans parents, sans appui. L'expérience semble dire que l'aveugle peut bien, à l'aide d'un art manuel, d'une profession industrielle, aider, pour une faible quote part, aux charges de la famille, ou d'une

communauté; mais il ne peut jamais entrer dans une complète indépendance vis-à-vis de la société, aussi a-t-on souvent à déplorer, faute de ces heureuses circonstances, de voir des ouvriers bien formés, tomber peu à peu dans la misère et la dégradation.

N'allez pas croire, cher et bon docteur, que je vous introduise ici dans un collége académique; le bon sens et le positivisme anglais ont fait justice de ces billevésées : cet établissement a pour base, non le clinquant d'un pauvre savoir, mais l'intérêt matériel, mais l'obligation que nous avons tous contractée de produire avant de consommer; et voici la réponse, et une réponse exacte en chiffres aux objections contraires. Depuis trente-cinq ans que l'établissement dure, il en est sorti deux cent vingt-un ouvriers capables de gagner 6 sch. ou 8 fr. à l. 1 8 sh. ou 35 fr. par semaine. Ce dernier salaire peut subvenir à la dépense d'un ouvrier en Angleterre. Le produit des objets manufacturés dans la maison a été (1836) de l. 1,817 ou de 23,808 fr., ce qui donne à peu près 238 fr. par élève, avec cette attention à avoir, que beaucoup de ces apprentis ne font que commencer, et qu'alors ils gâchent plutôt des matières premières qu'ils ne les emploient avec utilité. Une partie du produit est appliquée aux dépenses de l'établissement, le reste forme une masse, pour donner à l'apprenti lorsqu'il quitte la maison, et lui acheter les instruments de son état. Ainsi, vous comprenez que cette institution est plutôt une maison d'apprentissage qu'une maison d'éducation, comme nous l'entendons.

Parcourons les ateliers. Le premier que j'ai visité, dans le département des hommes, est celui des vanniers. C'est une vaste salle de cent vingt pieds de long, de vingt de large, de quinze de hauteur, simple en profondeur, percée sur ses deux faces de nombreuses fenêtres, par conséquent bien aérée : le sol est planchéié, comme presque toutes les demeures de l'homme en Angleterre, en bois de sapin du nord. Là, vingt-cinq apprentis sont appliqués à fabriquer des ouvrages d'osier, d'un travail en général grossier, mais bien confectionné, sous la surveillance d'un seul clairvoyant chargé à la fois du maintien de l'ordre et de la direction du travail. Ce genre d'ouvrage convient bien aux aveugles. Ici la main fait tout; intelligente, elle se promène sur ces longs brins d'osier, les contourne, les enlace de mille manières, les lie; il y a peu d'intelligence à développer, la main est tout, et la dimension donnée, il n'y a plus que l'exécution qui est facile. Ce travail fournit aussi assez aux mouvements du corps, surtout si le panier est grand et lourd. En un mot, l'art du vannier peut être en général exercé par des hommes peu intelligents, et l'aveugle peut-il l'être complètement? C'est, si l'on me permet cette expression, faire de la grosse étoffe avec des baguettes, et cet art n'a pas les inconvénients des autres tissages. Les ateliers de tisserands ont besoin d'être dans des lieux humides (souvent des caves), l'encolage répand aussi une odeur mal saine : l'art du tisserand n'est donc que très-mal appliqué à l'état de l'aveugle; il ne peut monter son métier. Si son fil casse, il a bien de la peine à pouvoir le renouer. L'humidité de l'air, jointe à une vie sédentaire, prédispose l'aveugle à la tuberculisation. En un mot, à l'exemple des Anglais, je bannirais cet art du tisserand, comme industrie de nos écoles pour les aveugles.

Le second atelier est celui des cordonniers. Un moins grand nombre y travaille, huit ou dix. J'ai vu des souliers bien *établis* par ces hommes. Le tact peut encore ici très-bien aider à conduire le tranchet, l'alène et les deux fils armés de la soie de sanglier. Cependant je rejetterais peut-être cette profession; elle est, à mon sens, une des plus insalubres, et j'ai donné là dessus des notes curieuses, prises pendant que j'étais chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.

Le troisième atelier est celui des tapissiers. J'entends ici des tapissiers dans la stricte application du mot. A Londres, l'excessive propreté requise dans les maisons, et les inconvénients d'un climat brumeux et d'une cité boueuse, quoi qu'on en dise, exigent à chaque porte un tapis à longs brins en sparterie d Espagne, ou, pour le plus extérieur, en fil de carret goudronné, provenant du déchiquetage de vieux câbles. L'odeur de poix

qui en émane doit rendre cet atelier fort salubre pour la poitrine. Tous ces ouvriers se portent bien. Une propreté extrême règne ici, dans les maisons et sur les personnes. Pour l'entretenir chez les apprentis aveugles, ils passent, en descendant du dortoir, où sont des lits bien proprement tenus, ou en sortant du travail, à une salle de toilette, au pourtour de laquelle règne une table percée de trous pour recevoir des cuvettes en plomb ou zinc, avec un robinet pour la servir d'eau, et un bondon attaché comme au fond d'une baignoire pour la vider et changer l'eau.

Dans la même pièce existe une double auge de vingt pieds de longs, garnie de zinc, servant au bain de pieds, qui se donne pour dix ou douze à la fois.

Les habits sont bons, en drap grossier, et selon l'état, un tablier préserve les vêtements, en cuir pour les vanniers et cordonniers, en toile pour les tapissiers, et chaque salle est chauffée par des calorifères et a en outre la cheminée anglaise au charbon ; des barres maintiennent à distance et éloignent les imprudents chauffeurs.

Dans le département des filles, les ateliers sont destinés à des ouvrages du sexe. Un grand nombre travaillent au rouet, à filer du lin ou du chanvre ; d'autres font du cordonnet que l'on emploie dans un autre atelier à des ouvrages de passementerie, comme à faire des filets et des franges. Faire du filet me paraît être une des occupations à laquelle un aveugle pourrait le mieux s'adonner, même par pur amusement. Beaucoup de ces filles travaillent assez bien de l'aiguille pour faire l'ouvrage de lingerie de la maison. La même propreté règne dans ce département dans les salles, les dortoirs et la chambre de toilette, avec un peu plus de recherche bien entendu ; l'uniforme est simple, régulier, et un peu campagnard.

Les études intellectuelles de l'institution consistent seulement dans des instructions religieuses orales, dans l'assistance à l'office divin et dans la récitation par cœur, par la méthode à la Lancastre, de quelques morceaux de poésie ou de morale. Le chant en chœur est autorisé et même recommandé. Quelques garçons et quelques jeunes filles étudient comme chez vous, mais non pas à peu près tous comme chez vous, le forte-piano. Quelques élèves deviennent encore assez forts pour devenir organistes de paroisses. Mais ce n'est ici qu'un accessoire. L'utile, le fond de l'apprentissage est le métier manuel. Mais nous sommes chez les Anglais, nation peu musicienne ; tandis qu'en France, l'étude de la musique devient, comme je le sais de vous, une des meilleures ressources que l'on puisse offrir à l'aveugle. Plusieurs d'entre eux occupent des places bien rétribuées d'organistes dans nos églises, où se font encore, de l'état d'accordeur et de professeur, une profession lucrative.

Quant à l'étude de l'écriture par les caractères en pointes, par les caractères mobiles d'imprimerie ; quant à la lecture à l'aide de livres en gros papier où les caractères sont en reliefs dans la pâte, on y a pour ainsi dire totalement et je dirai sagement renoncé.

L'usage pratique de ces caractères sera toujours difficile aux aveugles et fort peu utile. On ne pourra imprimer pour eux que pour les écoles ; hors des écoles, plus de livres, plus de moniteurs pour relever les fautes. Ces livres en reliefs sont chers, et votre prédécesseur a surchargé à grands frais votre institution de livres in-folio fort peu consultés. L'aveugle a si peu de sensations prises dans le monde extérieur, que jamais son imagination ne sera sollicitée à enfanter les œuvres de la poésie, à laisser couler les flots d'une riche éloquence ; il pourra aimer la mélodie, parce que la musique est aussi un langage, mais il ne pourra pas être poète, car être poète, c'est être peintre. Et a dit Horace : *Ut pictura poesis erit*, etc. ; et certes, si Homère eût été aveugle à vingt ans, nous n'aurions pas l'Iliade, que, plus tard, privé de la vue, il alla chanter.

Aussi, cher et sage docteur, à mon sens, et je crois aussi au vôtre, la lecture et l'écriture sont de peu d'importance pour les aveugles. Toujours mineurs, ils ne peuvent *ester* en justice, dans les contrats, que par intermédiaire des autres et des officiers publics. Est-ce

donc pour correspondre entre eux? Mais souvent la lettre en pointe resterait sans réponse, si un seul trait s'effaçait; puis ces rapports seront rares, et la dictée y suppléera toujours. Je viens d'entretenir, ces jours dernier, une jeune demoiselle aveugle qui a appris oralement le français et même l'italien, et ne parlait pas mal ces deux langues.

L'éducation de l'aveugle se fait par la parole, celle du sourd par les yeux. Vouloir ajouter les bénéfices d'un autre sens à celui de ces deux-là qui persiste, c'est perdre un temps précieux; que l'aveugle, dans nos écoles, ou assis au foyer domestique, apprenne donc par la communication orale les préceptes de l'éternelle justice, des aphorismes moraux; l'amour des autres, le respect dû à soi-même. Voilà ce me semble son éducation complétée : mais joignez-y toujours un travail productif manuel. Comme ces pères de la Thébaïde, qui reposaient leur esprit des fatigues de la méditation et du supplice du *solitary confinement* dans lequel l'austérité de la pénitence les avait volontairement jetés, en chantant des psaumes, en tressant des feuilles de palmier, en labourant le terre, en creusant des écuelles de sycomore; de même que l'aveugle, condamné aux tortures éternelles de la solitude, trouve dans le travail des mains l'oubli de ses peines, comme dans son cœur, façonné par des mains pures, comme les vôtres, cher docteur, une force et une consolation suffisantes pour achever un triste pèlerinage (1).

Recevez, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance des sentiments de profonde estime de votre confrère dévoué.

Le docteur BOURJOT Saint-Hilaire.

---

(1) Quelques explications qui m'ont été offertes par M. le docteur Pignier lui-même m'imposent l'obligation de modifier mon opinion sur quelques points de l'éducation des aveugles. L'institution de la rue Saint-Victor est à la fois une maison d'éducation intellectuelle et une maison d'apprentissage. Le perfectionnement des métiers mécaniques a rendu beaucoup d'arts trop peu lucratifs pour les aveugles; la musique devient donc une des meilleures destinations à laquelle ils puissent prétendre. Quant aux moyens mnémotechniques par des signes écrits d'une manière commode pour le tact, comme les caractères en pointes, on reconnaît de jour en jour leur utilité, non plus pour faire des éditions complètes d'ouvrages grecs ou latins, ce qui est un non-sens, mais pour les livres élémentaires d'un petit volume, pour la grammaire, l'arithmétique, la géométrie, et on peut, à l'aide de ces moyens, donner à l'aveugle des notions fort utiles dans la vie sociale, en faire non un érudit, mais non pas le laisser nécessairement illétré.

PARIS. — IMPRIMERIE DE DEZAUCHE, FAUBOURG MONTMARTRE, N° 11.

DISSERTATION

N° 33.

SUR L'ANATOMIE ET L'INFLAMMATION

DE LA

CORNÉE TRANSPARENTE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 24 juin 1823, pour obtenir le grade de Docteur en medecine,

PAR G. MIRAULT, d'Angers,

Département de Maine-et-Loire,

Ancien Élève interne de première classe des hôpitaux de Paris, et Élève de l'École pratique.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1823.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Messieurs	Messieurs
LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	
ALIBERT.	FIZEAU, *Examinateur.*
BÉCLARD, *Président.*	FOUQUIER.
BERTIN.	GUILBERT.
BOUGON.	LAENNEC.
BOYER.	MARJOLIN.
CAYOL.	ORFILA.
CLARION.	PELLETAN fils.
DENEUX, *Examinateur.*	RÉCAMIER.
DÉSORMEAUX.	RICHERAND, *Suppléant.*
DUMÉRIL, *Examinateur.*	ROUX.
DUPUYTREN.	ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.	LEROUX.
DE JUSSIEU.	MOREAU.
DES GENETTES.	PELLETAN père.
DEYEUX.	PINEL.
DUBOIS.	VAUQUELIN.
LALLEMENT.	

Agrégés en exercice.

Adelon.	Kercaradec.
Alard.	Maisonnabe, *Suppléant.*
Arvers.	Moreau.
Breschet.	Murat.
Capuron.	Parent du Chatelet.
Chomel.	Pavet de Courteille.
Cloquet aîné.	Rateau.
Coutanceau.	Richard.
Delens.	Rullier, *Examinateur.*
Gaultier de Claubry.	Ségalas, *Examinateur.*
Guersent.	Serres.
Jadioux.	Thévenot.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE J. F. MIRAULT,

MON PÈRE,

Docteur en médecine ; Chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu d'Angers, et Professeur d'anatomie aux cours d'instruction médicale de la même ville ; ancien Membre correspondant de l'académie de chirurgie ; Membre correspondant de la société de la faculté de médecine de Paris ; Membre du jury médical du département de Maine-et-Loire, etc.

G. MIRAULT.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

A. DUBOIS ET A. BÉCLARD.

G. MIRAULT.

DISSERTATION

SUR L'ANATOMIE ET L'INFLAMMATION

DE LA

CORNÉE TRANSPARENTE.

Ce que je présente ici pour sujet de ma thèse n'est qu'une partie d'un travail assez étendu sur les maladies de l'œil, que je me propose de publier plus tard.

PREMIÈRE PARTIE.

Anatomie de la cornée transparente.

La cornée (κερατοειδης, *cornea, sive cornea pellucida*) est une membrane dense, élastique, très-résistante, transparente, de forme circulaire, située au-devant du globe de l'œil, dont elle concourt à former l'enveloppe extérieure, et enchâssée dans l'ouverture antérieure de la sclérotique, à laquelle elle est intimement unie.

Composition anatomique de la cornée.

On trouve dans la cornée, 1.° un tissu propre, analogue au tissu fibreux; 2.° du tissu cellulaire; 3.° deux feuillets membraneux qui

revêtent ses faces extérieure et intérieure, le premier est une continuation de la conjonctive qui recouvre la sclérotique, le deuxième est une membrane particulière à laquelle on a attribué la sécrétion de l'humeur aqueuse ; 4.° des vaisseaux.

1.° *Tissu propre.* La cornée est formée dans l'homme et dans les quadrupèdes par la superposition de plusieurs feuillets ou lames concentriques (on suppose ici qu'elle est un segment de sphère), et réunies entre elles par un tissu cellulaire fin et serré. Cette structure lamelleuse est connue depuis très-long-temps.

Rufus d'Éphèse (*de appellatione partium*, lib. 11, cap. 3), Théophile (*de corporis humani fabricâ*, lib. 4, cap. 19), et Vésale (*de corp. hum. fabr.*, lib. 6, cap. 14), en parlent dans leurs écrits.

Fabricius (*de oculo*, cap. 11) et Plempius (cap. 19) ne l'ont point ignorée. Mais c'est à leurs successeurs qu'il était réservé de la prouver par la dissection.

Quelques maladies de la cornée, et notamment l'abcès, concourent à démontrer l'arrangement de ses parties. La matière purulente, en s'accumulant, écarte visiblement les lames ; le phénomène devient surtout apparent lorsque le pus, accumulé dans la partie supérieure de la cornée, descend par son propre poids dans la partie la plus déclive, en écartant les feuillets membraneux et laissant après lui une traînée qui marque le chemin qu'il a parcouru. *Maître-Jean* regardait ce phénomène comme le plus propre à confirmer la structure lamelleuse de la cornée. (Traité des maladies de l'œil, p. 341.)

On arrive à une preuve encore plus directe, en soumettant la cornée à une macération prolongée ; on peut alors séparer ses lames, le tissu cellulaire qui les unit ayant été détruit. (Ces lames, dit M. *Cuvier*, se laissent aisément séparer au scalpel, après une légère macération. *Anat. comp.*, t. 2, p. 391.)

Cette préparation est nécessaire ; car ce serait vainement que l'on tenterait de séparer les feuillets d'une cornée récemment prise sur le cadavre.

On n'est pas généralement d'accord sur le nombre de ces lames ; suivant Ætius (*constat enim tunica corniformis ex quatuor velut membranosis corpusculis, densissimis ac fortissimis.* Ætii tetrabibli 2, sermo tertius, p. 375), elles sont au nombre de quatre. *Home* (Reil *Archiv.* Bd 2, sect. 39) dit qu'elles se réduisent à deux, dont l'extérieure est formée par l'expansion des quatre muscles droits, et l'intérieure n'est qu'une continuation de la sclérotique. D'autres prétendent en avoir isolé distinctement six.

Quelques-uns admettent comme lame extérieure le tégument que la conjonctive fournit à la cornée; et comme lame intérieure, la membrane dite *de l'humeur aqueuse.*

Quoi qu'il en soit, les lamelles dont se compose la cornée sont réunies entre elles, comme je l'ai dit, par un tissu cellulaire si fin et si serré, que, suivant la remarque de Zinn (*Descript. anat. oculi humani*, cap. 1, p. 17, Gottingæ, 1780), il serait plus difficile de les séparer que d'enlever la conjonctive qui les recouvre à l'aide du scalpel.

Ce tissu cellulaire contient dans ses aréoles une humeur limpide que l'on fait transsuder en petites gouttelettes à la face externe de la cornée, en pressant le globe de l'œil entre ses doigts. On peut, après avoir essuyé la membrane, renouveler cette espèce de rosée jusqu'à ce que le liquide soit épuisé. Quelques physiologistes (*Winslow*, Observ. sur la mécan. des muscles obliq. de l'œil, et sur la porosité de la cornée transparente. Mém. acad. des sc., 1721, p. 320) ont prétendu que, sécrétée dans la chambre antérieure, cette humeur traversait la cornée par des pores existant dans son épaisseur ; et parmi eux quelques-uns sont allés jusqu'à la considérer comme la source principale des larmes. Quelques autres, et cette opinion me paraît beaucoup plus vraisemblable, pensent qu'elle est versée dans l'épaisseur de la membrane par les vaisseaux exhalans.

On s'est appuyé sur plusieurs faits pour prouver la porosité de la cornée. C'est à elle qu'on attribue la diminution du globe de l'œil,

très-peu de temps après la mort ; de même qu'on lui rapporte la transsudation de cette humeur visqueuse qui forme la pellicule que l'on remarque sur les yeux des moribonds. (Winslow, *Oper. cit.*)

Haller (Élém. de physiol., §. 508, trad. de *Bordenave*) a dit aussi que la cornée se laissait facilement imprégner par l'eau, et qu'elle l'abandonnait de même. Enfin *Schleger* (Arnemann, *Magazin für die wundarzneikunst*, Gottingæ, lib. 2, sect. 257) prétend avoir vu les pores de la cornée tellement dilatés dans un hypopion, que le pus s'écoulait sous la forme de filamens à sa face externe.

Ces faits prouvent sans doute que la cornée présente des porosités ou des conduits; mais ils ne démontrent point qu'ils traversent toute l'épaisseur de la membrane, et ne résolvent point la question de savoir si l'humeur limpide qui transsude par la pression de l'œil vient de la chambre antérieure, ou si elle est versée dans le tissu cellulaire interlamellaire par les extrémités artérielles. Le mot *hypopion*, dont se sert *Schleger*, laisse d'ailleurs dans le doute s il s'agis-ait d'un abcès de la cornée ou d'un épanchement de pus dans la chambre antérieure.

Une autre question d'un plus grand intérêt à résoudre serait de démontrer si, comme on le prétend généralement, c'est à la présence de l'humeur limpide que contient la cornée qu'elle doit la transparence dont elle jouit. Il est probable que cette opinion n'a été émise que d'après l'analogie que l'on aura cru trouver entre la diaphanéité propre à la cornée et la transparence des cristaux qui, comme on sait, la doivent à leur eau de cristallisation; car il n'est point d'expérience directe, que je sache, qui ait prouvé le fait dont il est ici question. Il serait plus facile de soutenir une opinion tout-à-fait opposée.

Si, en effet, l'imbibition de la cornée par un liquide parfaitement limpide était la cause de la diaphanéité, il devrait arriver, quand on la plonge dans une eau claire, qu'elle conserverait cette propriété, ou même qu'elle la recouvrerait, si elle l'avait perdue. Or l'expérience démontre au contraire que, dans une pareille circonstance, la cornée

devient opaque après quelques minutes. Que si l'on objectait la différence des liquides, je répondrais que c'est à la même cause, c'est-à-dire à la pénétration du tissu de la cornée par l'humeur aqueuse après la mort, qu'il faut rapporter son opacité, et non à l'évaporation de l'humeur versée entre ses lames. Ainsi, loin de rendre la cornée translucide, les liquides qui la pénètrent la rendent au contraire opaque.

Ne sait-on pas d'ailleurs que certains tissus animaux naturellement opaques (les séreuses, par exemple) deviennent transparens par la dessiccation, c'est-à-dire par la soustraction de l'humidité qui en pénètre ?

2.° *Tissu cellulaire interlamellaire.* Le tissu cellulaire qui unit les lames paraît être un peu plus lâche vers le milieu de l'épaisseur de la cornée ; cette disposition est surtout bien marquée chez le bœuf. Si l'on prend la cornée de cet animal entre le pouce et l'indicateur, on peut aisément faire mouvoir les lames superficielles sur les profondes en les poussant dans une direction opposée. Ce tissu cellulaire est regardé comme le siége des épanchemens sanguins purulens ou lymphatiques qui se font dans l'épaisseur de la cornée. Zinn (*loco cit.*) dit y avoir trouvé sur le cadavre de petits grains blancs ressemblant à du sable. Il ne put se procurer de renseignemens sur la maladie dont la cornée avait été affectée.

3.° *Conjonctive de la cornée.* La cornée est-elle recouverte par la conjonctive ? L'existence de cette membrane sur la cornée est admise aujourd'hui généralement. Je ne me serais pas proposé cette question, si l'autorité de M. *Ribes* en anatomie ne me faisait un devoir de l'examiner. Cet habile anatomiste dit que la conjonctive s'arrête au pourtour de la cornée, et que celle-ci est recouverte par un enduit muqueux particulier. (Bullet. de la soc. méd. d'émul., t. 2, 8.e année.)

Quelques auteurs anciens, depuis que Rufus (*de Appellatione*

partium corp. hum., lib. 1, cap. 5) eut avancé que la cornée était recouverte d'un épiderme, parmi lesquels on doit compter Fabricius (*corneæ epidermidem reliquis tunicis longè tenuiorem obduci, quàm serpentes quotannis deficiant.* De Oculo, p. 1, cap. 2) et Plempius (*tenuissimam corneæ cuticulam reliquis subjectis corticibus esse impositam.* Ophthalmogr., cap. 10) ont écrit qu'une pellicule mince était appliquée à la face externe de la cornée. Cependant il n'est pas facile de décider s'ils ont voulu parler de la conjonctive ou d'une membrane particulière. Depuis eux, Winslow (Tr. de la tête, §. 274), Haller (Comment. *Boerhaave*, t. 4, §. 518), Morgagni (*Epist. anat.*, §. 28) sont parvenus, à l'aide du scalpel, à séparer la conjonctive de la cornée d'un côté à l'autre de cette membrane.

J'ai fait moi-même cette dissection sur des yeux que j'avais laissé macérer pendant deux mois. Ayant détaché un lambeau de conjonctive de son adhérence à la sclérotique, j'ai poursuivi la première de ces membranes par le diamètre transversal de la cornée jusqu'au côté opposé. Cette séparation a été faite sous les yeux et avec l'aide de mon collègue, M. *Léveillé*, interne de première classe à l'hôpital des Enfans. Nous avons cru remarquer que l'adhérence était plus forte à une demi-ligne de la circonférence de la cornée qu'à sa partie moyenne.

Mais c'est particulièrement la pathologie qui nous fournit les preuves les plus directes de la présence de la conjonctive sur la cornée. Que l'on considère un instant un œil affecté d'ophthalmie chronique, et dont la cornée se trouve recouverte par des vaisseaux variqueux, on verra les vaisseaux dilatés de la conjonctive se porter sur la cornée dans l'épaisseur d'une membrane qui se continue très-sensiblement avec celle qui recouvre la sclérotique.

Dans le *ptérygion*, la conjonctive s'étant épaissie d'abord sur la sclérotique, l'épaississement et la rougeur se continuent sur la cornée dans le progrès de la maladie.

Les phlyctènes qui se développent plus ou moins près du centre de la cornée pourraient laisser quelques doutes; mais celles qui ont

leur siége sur sa circonférence, et qui recouvrent en même temps la cornée et la sclérotique, prouvent incontestablement la continuité. On ne voit aucun sillon, aucune différence de couleur même qui puissent faire soupçonner que la conjonctive s'arrête à la jonction des deux membranes.

Enfin l'atrophie de l'œil nous le prouve d'une manière encore plus irrécusable. J'ai vu à l'institution des jeunes aveugles plusieurs individus affectés d'atrophie, chez lesquels la conjonctive sclérotidienne, de même que la cornéale, avaient acquis une épaisseur égale au moins à celle de la muqueuse de l'intestin grêle; elle était rougeâtre dans toute son étendue, et n'adhérait à la cornée que par un tissu cellulaire lâche; de sorte qu'à l'aide d'un stylet ou du bout du doigt, on pouvait la faire mouvoir en différens sens sur cette membrane. Sur une jeune fille, le tissu cellulaire était si peu serré, que l'on pouvait pincer la conjonctive sur la cornée, et la soulever.

Dans un degré très-avancé de l'atrophie, le petit moignon s'étant retiré au fond de l'orbite, la conjonctive se détache entièrement de la cornée, qui disparaît par l'absorption. La conjonctive se présente alors quand on écarte les paupières, sous l'aspect d'une cloison rougeâtre et boursoufflée, qui sépare le fond de l'orbite de son ouverture antérieure ou de sa base.

Ainsi l'anatomie et la pathologie se réunissent pour prouver que la conjonctive, arrivée à la circonférence de la cornée, se continue sur elle, et lui forme une espèce de tégument.

4.° *De la membrane qui tapisse la face postérieure de la cornée.* La cornée est doublée à la face postérieure par une membrane lisse et mince, dont, au rapport de MM. *Portal* et *Demours*, *Dudell*, anatomiste anglais, a eu quelques notions (en 1729).

Zinn a publié en 1755, dans son ouvrage sur l'œil, une exposition assez claire de cette membrane; il dit qu'on voit non-seulement dans l'homme, mais encore d'une manière plus apparente dans

beaucoup d'animaux, la lame antérieure de l'iris, née de la circonférence interne de la cornée, descendre contre cette membrane cellulaire, etc.

D'après ce que *Zinn* rapporte, quoiqu'en peu de mots, de la membrane de l'humeur aqueuse, il est étonnant, dit M. *Ribes* (Mém. de la soc. méd. d'émul., 8.me année, 2.me partie, page 654), de voir *Descemet* en 1758, dans sa thèse soutenue aux écoles de Paris, annoncer cette membrane comme une découverte qu'il venait de faire. *Descemet* dit que cette membrane prend naissance de la choroïde, se porte de la face postérieure de l'iris à la face antérieure de cette membrane en traversant la pupille, et va tapisser toute la face postérieure de la cornée.

Demours a revendiqué cette découverte dans une lettre adressée à M. *Petit* en 1767.

M. *Ribes*, auquel je viens d'emprunter ces citations, a fait de cette membrane l'objet de recherches particulières sur l'homme et les quadrupèdes. Il résulte de son travail que l'on peut la détacher assez facilement de la cornée après une légère ébullition, ou par le moyen de la macération et de la dissection : son adhérence est assez intime. Après avoir doublé la cornée, elle passe sur le cercle de jonction de cette membrane avec la sclérotique, et va se terminer par des dentelures à la grande circonférence de l'iris, à laquelle elle s'unit.

M. *Ribes* a tenté vainement de la démontrer sur la face antérieure de cette membrane; il dit même que, si elle s'y continuait, elle annulerait ses mouvemens de contraction et de dilatation, parce qu'elle ne pourrait s'y prêter, et qu'elle se romprait plutôt que de se plier ou de se former comme l'iris. (Mém. soc. méd. d'émul., t. 2, 8.me année.) La membrane qui tapisse la cornée est concave, lisse, et ne présente ni duvet, ni villosités du côté de la face postérieure. Elle a, suivant *Demours*, l'aspect d'une lame cartilagineuse.

Dans les recherches que j'ai faites pour m'assurer de la structure lamelleuse de la cornée, je me suis convaincu de l'exactitude des faits avancés par M. *Ribes*. Lorsqu'on soumet la cornée et une partie

de la sclérotique à l'ébullition pour étudier la membrane dite de *l'humeur aqueuse*, la cornée se gonfle beaucoup plus que la sclérotique, et forme une espèce de bourrelet à sa circonférence; de sorte qu'il s'établit un sillon entre les deux membranes, et l'on dirait que celle qui tapisse la cornée ne s'etend pas au-delà de ce sillon. La cornée est, dans ce cas, très-brillante, et paraît recouverte d'un enduit ou vernis qu'on aurait appliqué à sa face postérieure, suivant la remarque de M. *Ribes*.

Cet habile anatomiste a prouvé d'ailleurs que ce qu'on nomme *membrane de l'humeur aqueuse*, n'a nullement pour usage de sécréter ce liquide.

5.° *Vaisseaux*. La cornée reçoit des vaisseaux; mais ils ne charrient, dans l'état naturel, que des fluides blancs : ils sont, suivant *Zinn*, une continuation des ciliaires antérieurs, qui, au moment où ils traversent la sclerotique, fournissent quelques rameaux très-ténus, qui se portent dans de petits sillons situés à la partie antérieure de la sclérotique, et pénètrent dans la cornée. *Scarpa* dit que, quand on injecte l'artère ophthalmique chez les jeunes enfans, la cornée devient toute noire.

Le grand nombre de maladies aiguës qui peuvent affecter la cornée, la couleur rouge plus ou moins foncée qu'elle prend quelquefois dans les ophthalmies graves, et son ecchymose, prouvent assez sa vascularité.

Les vaisseaux de son tégument extérieur sont une continuation de ceux de la conjonction sclérotidienne. La cornée paraît dépourvue de nerfs.

Formes, dimensions, rapports et connexions de la cornée.

1.° *Courbure*. La cornée est convexe à sa face externe, concave à sa face interne. Considérée dans l'homme et dans les mammifères, elle fait partie d'un sphéroïde plus petit que celui du reste de l'œil;

de sorte qu'elle fait une légère saillie au-devant de lui. La corde qui soutend le segment qu'elle représente a cinq lignes d'étendue, mesurée à l'extérieur, et cinq lignes et demie, prise au-dedans de l'œil. Ce segment appartient à une sphère dont le diamètre est de sept lignes et demie, rarement au-deçà ou au-delà. (*Petit*, mém. acad. des sc., *loco cit.*)

La convexité de la cornée présente des différences assez grandes, suivant les diverses classes d'animaux et dans les individus de chaque espèce. Ces différences tiennent particulièrement aux milieux dans lesquels ils se trouvent plongés. Ainsi les poissons ont la cornée à peu près plane ; les oiseaux l'ont très-convexe ; l'homme et les mammifères qui habitent une atmosphère d'une densité moyenne tiennent aussi le milieu pour la courbure de leur cornée.

L'âge apporte des différences dans les individus eux-mêmes. Le fœtus humain offre un aplatissement considérable de la cornée jusqu'au terme de sept mois. A cette époque-là elle commence à être soulevée par l'afflux de l'humeur aqueuse dans la chambre antérieure; ce qui n'avait pu se faire avant, à cause de l'oblitération de la pupille par la membrane pupillaire.

La cornée n'offre qu'une convexité peu marquée jusque vers la fin du premier mois de la vie. Sa courbure augmente dans les premières années; puis elle persiste dans le même état jusqu'à la vieillesse, où elle paraît s'aplatir de nouveau, quoique d'une manière peu sensible.

On trouve aussi dans l'homme adulte des différences de convexité assez grandes pour constituer des cas d'infirmités, dont il sera question dans un autre article.

La cornée est-elle parfaitement circulaire? Mesurée à l'extérieur de l'œil, son diamètre transversal est d'une demi-ligne environ plus grand que le vertical ; ce qui la rapproche de la forme de l'ellipse. Cet ellipsoïde, si l'on en croit *Haller*, serait plus grand du côté du nez que vers les tempes : ce qu'admettent aussi *Petit* et M. *Boyer*. Si l'on mesure avec un compas les diamètres de la cornée sur la sur-

face postérieure, on ne trouvera pas de différence appréciable entre eux. Celle qu'elle présente dans les diamètres de sa face externe tiennent donc ou à ce que la sclérotique s'avance plus loin sur son bord, en haut et en bas, qu'en dedans et en dehors c'est le sentiment de *Morgagni*, ou à une disposition particulière de la conjonctive, comme le pensent *Petit*, *Mauchart* et *Zinn*, question que je n'oserais pas décider.

Épaisseur de la cornée. L'épaisseur de la cornée varie dans les âges de la vie. Très-épaisse chez le fœtus et l'enfant nouveau-né, elle devient ensuite de plus en plus mince pendant les premières années. Il paraîtrait que sa plus grande ténuité aurait lieu entre la vingtième et la trentième année. (*Muller*, Dissert. inaug. *de oculi humani anat.* Viennæ, 1819.)

Petit (Mém. acad. des sc., 1741) a fait à ce sujet des recherches intéressantes. Il a trouvé chez un fœtus de *quatre mois* la cornée épaisse d'une demi-ligne; chez un de huit mois, elle avait une ligne un tiers; dans un autre du même âge, trois quarts de ligne seulement.

Chez un fœtus de neuf mois, deux tiers de ligne; même épaisseur chez un enfant mort le septième jour.

Un autre enfant mort le huitième jour avait les cornées épaisses de trois quarts de ligne.

Ces cornées étaient plus ou moins opaques; elles n'avaient guère qu'un tiers de ligne à leur circonférence. Les plus épaisses étaient froncées; on découvrait quelques plis à leur surface.

Chez un fœtus de neuf mois, tiré mort de la matrice, les cornées avaient deux tiers de ligne d'épaisseur; néanmoins l'œil droit était très-brillant, la cornée très-transparente.

Si l'on fait attention maintenant que l'épaisseur de la cornée dans l'homme adulte n'est ordinairement que d'un sixieme de ligne, et que le plus grand diamètre du globe de l'œil est de dix lignes, on verra, 1.° que la cornée varie d'épaisseur chez les différens sujets de même âge; 2.° qu'elle varie suivant les âges; 3.° qu'il n'y a pas de

rapport constant entre l'épaisseur de la cornée et le diamètre de l'œil aux diverses époques de la vie. En effet, si l'on prend pour terme de comparaison le rapport ou la proportion qui existe chez l'adulte, l'épaisseur de la cornée aurait dû être tout au plus d'un douzième de ligne dans le fœtus de quatre mois dont l'œil avait seulement quatre lignes trois quarts de diamètre. Elle n'aurait dû être que d'un huitième de ligne dans le fœtus de neuf mois et dans les enfans de sept à huit jours, dont le diamètre de l'œil est de sept lignes environ.

Si l'on en croit Beer (*Praktische, Bemerkungen*, Vienne, 1791, §. 240) il aurait rencontré un fœtus dont la cornée avait quatre lignes d'épaisseur.

L'épaisseur plus considérable de la cornée chez les enfans tient à la raréfaction de son tissu. Ses lames sont unies par un tissu cellulaire plus lâche et plus abreuvé de sérosité; aussi, en la comprimant fortement entre les doigts, peut-on la diminuer beaucoup.

L'épaisseur de la cornée est dans un rapport constant avec l'étendue de la chambre antérieure. Avant la naissance et quelque temps après, l'espace est presque nul, et la face postérieure de la cornée est pour ainsi dire appliquée sur l'iris.

Le rapport est le même avec le volume de l'humeur aqueuse. C'est à la petite quantité de cette humeur et à l'épaisseur plus grande de la cornée que l'on a attribué (*Demours*, Mém. acad. des sc.) le trouble de la vision chez l'enfant très-jeune. On voit en effet, dans le progrès de l'âge, que la vision s'exerce avec plus de netteté, en raison de l'augmentation de l'une et de la diminution de l'autre.

La cornée est légèrement trouble dans le premier mois de la vie de l'homme; elle l'est aussi chez certains quadrupèdes, et particulièrement chez ceux dont les paupières ne s'ouvrent que quelque temps après la naissance, comme le chien, l'agneau, le chat. Elle est, au contraire, transparente chez le lapin et le veau fœtus, quoique son épaisseur soit à peu près la même.

Cela tient-il à la proportion variable de l'humeur aqueuse chez ces animaux? je l'ignore. Mais ce qui est digne de remarque, c'est

que dans les fœtus le trouble de la cornée se rencontre précisément avec une surabondance de sérosité dans le tissu interlamellaire; ce qui n'est pas propre à confirmer cette opinion, que la transparence de la cornée est due à la présence d'un liquide limpide dans son intérieur.

Connexions et rapports de la cornée. Nous avons vu que la cornée était tapissée à ses deux faces par deux membranes, dont l'une était une continuation de la conjonctive, l'autre une membrane propre, adhérente par son bord à la circonférence de l'iris. La face antérieure de la cornée est libre, en contact avec l'air quand les yeux sont ouverts, et avec la muqueuse des paupières, quand ils sont fermés. Sa face postérieure forme la paroi antérieure de la chambre antérieure de l'œil, et elle se trouve continuellement baignée par l'humeur aqueuse. Examinons les rapports qu'elle a par sa circonférence.

Connexion de la cornée avec la sclérotique. La cornée est en quelque sorte enchâssée dans l'ouverture antérieure de la sclérotique. On a considéré long-temps ces deux membranes comme étant une continuation l'une de l'autre. Celse (*de Medicinâ*, lib. 5) et Galien (*de Usu partium*, lib. 9, cap. 3) ont les premiers émis cette opinion, qui fut embrassée par les anatomistes de presque tous les temps. *Fallope* commença à élever des doutes sur l'identité de ces deux membranes; il leur trouve des propriétés si distinctes, qu'il ne peut se persuader qu'elles soient de même nature. *Brisseau* (Traité de la cataract., p. 9) et Mauchart (*de Tunicâ corneâ*, §. 3) ont prouvé qu'elles différaient essentiellement l'une de l'autre, et qu'elles étaient unies par un tissu cellulaire très-serré, mais différent. Le premier de ces anatomistes est parvenu à les isoler par la dissection.

Le problème fut dès-lors résolu; mais il devait avoir une solution encore plus satisfaisante par l'expérience de *Demours* le père. On sait que cet oculiste distingué fit macérer des yeux d'hommes et de dif-

férens animaux jusqu'à un degré voisin de la putréfaction, et que, les ayant ensuite plongés pendant sept ou huit minutes dans l'eau bouillante, il parvint facilement, avec le manche du scalpel, à séparer la cornée de la sclérotique.

Quand on examine le point de jonction de ces deux membranes, on voit qu'elle se fait chez l'homme par superposition. La circonférence de la cornée est taillée en biseau sur sa face externe; l'ouververture de la sclérotique présente une disposition pareille sur sa face interne, de sorte que la première est recouverte par la deuxième dans l'étendue d'une demi-ligne environ, sans que le point de réunion présente plus d'épaisseur que les parties qu'il avoisine.

Ce mode de connexion varie dans les animaux, et même dans l'homme. *Petit* (Mém. acad. des sciences, 1741) dit avoir observé, particulièrement chez les enfans, que l'ouverture de la sclérotique présentait quelquefois une rainure ou sillon, dans lequel était reçu le bord tranchant de la cornée, à la manière d'un coin. Cette disposition se retrouve chez le lièvre; le bord de la sclérotique est double, et embrasse celui de la cornée, comme une pince.

D'autres fois les deux membranes se pénètrent réciproquement: c'est ce qu'on voit surtout dans la baleine; les fibres de la sclérotique y pénètrent dans l'épaisseur de la cornée, sous la forme de lignes blanches très-déliées, mais assez longues et bien visibles.

Dans certains animaux, la coupe des deux membranes est droite, comme dans le rhinocéros. (*Cuvier*, Anat. comp., *loco cit.*) On trouve enfin une autre variété de connexion dans le squale-milandre, où l'on voit très-bien la séparation de la cornée d'avec la sclérotique. Elles forment un biseau, mais tel, que c'est la sclérotique qui s'amincit derrière la cornée et la non-cornée, comme à l'ordinaire. La sclérotique est blanchâtre, la cornée jaunâtre, et il y a de plus entre deux un tissu cellulaire serré, mais très-visible, qui semble être une production de la conjonctive, qui pénètre dans l'œil pour s'unir au ligament ciliaire et à l'iris. (*Cuvier*, Anat. comp., *loco cit.*, p. 392.)

Ces preuves, que nous fournit l'anatomie sur la différence de la cornée et de la sclérotique, sont encore confirmées par la pathologie. M. *Jadelot* a rapporté (Annuaire des hôpitaux, p. 516) des observations d'ophthalmie dans lesquelles la cornée avait été séparée en partie de la sclérotique. Dans l'atrophie, la cornée est quelquefois tout-à-fait résorbée, et l'ouverture de la sclérotique reste libre. Enfin je terminerai ce qui a rapport à l'anatomie de cette membrane, en disant que la cornée manque dans certains animaux; les seiches, par exemple : l'ouverture de leur sclérotique n'est garnie par rien; le cristallin fait saillie au travers, et il n'y a point d'humeur aqueuse. (*Cuvier*, Anat. comp., *loco cit.*)

DEUXIÈME PARTIE.

Considérations sur l'ophthalmie en général.

Ce fut un grand pas de fait dans le sentier de la médecine lorsque le diagnostic parvint à établir entre les maladies des organes composés la même distinction que l'anatomie générale avait faite entre les divers tissus qui concourent à les former. Quel avantage pour le médecin, quand il s'agit d'une affection du poumon, par exemple, de pouvoir apprécier non-seulement quelle est la nature de la lésion, mais encore de connaître d'une manière sûre quelle est la partie constituante de cet organe qui cause le trouble de l'économie!

Cette analyse si utile, et que l'on a appliquée à la pathologie de

tous nos organes, on s'étonnera sans doute qu'elle n'ait point été apportée dans l'étude de l'inflammation de l'œil.

C'est sans contredit un des instrumens les plus compliqués de l'organisme ; quel autre offre un appareil plus nombreux des élémens que l'on y rencontre? et cependant on embrasse dans une description générale plusieurs phlegmasies particulières, aussi différentes dans leurs symptômes et dans leurs effets que les tissus qu'elles affectent. On ne sépare point l'inflammation de la conjonctive de celle de la cornée ; celle de la sclérotique de celle de la choroïde, de la rétine ou de l'iris ; et c'est à l'occasion de l'inflammation de la conjonctive que la plupart des auteurs exposent comme des phénomènes en quelque sorte accessoires tous les symptômes remarquables que l'on observe lorsque la phlegmasie s'est propagée aux parties qui constituent le globe de l'œil. M. le professeur *Boyer* avait senti combien cette marche est vicieuse, lorsqu'il a traité séparément de l'ophthalmie proprement dite, et qu'il a renvoyé aux maladies générales de l'organe de la vue la description de l'inflammation qui affecte quelques-unes, ou même la totalité de ses membranes. Il n'est pas facile certainement de porter le diagnostic de l'inflammation de l'œil jusque là, que de reconnaître à des signes certains la part qu'y prend chacune de ses parties, et de déterminer quelles sont celles qui souffrent lorsque deux ou trois seulement sont atteintes. Cependant la chose n'est point au-dessus des efforts d'une observation soutenue, et déjà cette tâche difficile a été en partie remplie.

A diverses époques, en effet, on a cherché à suivre dans la description de l'ophthalmie une méthode plus analytique. *De Saint-Yves* (nouveau Traité des mal. des yeux, 1722) traite de l'ophthalmie en plusieurs articles, dont un est consacré à l'inflammation de la choroïde et de l'iris. *Maître-Jean* (Traité des mal. de l'œil, 1740) parle aussi de celle de l'uvée; il la divise en *générale* et en *partielle* ; il expose les principaux phénomènes de celle-ci, et quelques-unes de ses terminaisons; il attribue à l'inflammation de la rétine les douleurs vives qui accompagnent certains ulcères de la cornée. Voici comme

Deshais-Gendron (Mal. des yeux, t. 1.er, 1770) s'explique sur l'inflammation de la cornée : « Il y a, dit-il, des ophthalmies qui s'étendent quelquefois sur la cornée transparente; j'ai vu ses vaisseaux comme si on les avait injectés. Cette inflammation est rare, attendu que les vaisseaux de cette partie sont plus fins et plus serrés : en conséquence le sang s'y porte plus difficilement.» Il donne aussi encore (13.e chap. du 2.me volume) les signes de l'inflammation de la choroïde et de l'uvée. *Boerhaave* (leç. publ. sur les mal. des yeux, chap. 9) traite de l'inflammation suppurative de la rétine et de la cornée; et ailleurs (chap. 10), il examine l'obscurcissement de cette dernière membrane.

Janin (Mém. sur l'œil, p. 335) nous a transmis une observation de chémosis pendant lequel la cornée suppura et fut entièrement détruite. Nous verrons plus bas que cette suppuration n'est qu'une des formes de l'inflammation de la cornée.

Ce qu'ont écrit les auteurs que je viens de citer n'est qu'un essai fort incomplet des diverses phlegmasies qui peuvent affecter le globe de l'œil. Il faut arriver à l'ouvrage de M. B. Travers (*Synopsis of the diseases of the eye and their treatmant*, second edition, London, 1821) pour voir la question qui nous occupe embrassée à peu près dans tout son ensemble.

Cet auteur examine dans autant de sections chacune des inflammations des membranes de l'œil, à l'exception de celle de la cornée. Ainsi la *conjonctivite*, la *sclérotite*, l'*iridite*, la *choroïdite*, l'inflammation de la rétine sont successivement le sujet de ses recherches. On ne voit pas sans étonnement qu'il ait omis la *kératite*, ou inflammation de la cornée; un tel observateur aurait-il manqué de faits pour en tracer l'histoire ?

Un jeune médecin de l'école de Berlin a cherché à remplir cette lacune dans sa thèse inaugurale sur la cornée et ses maladies (*de corneâ ejusque morbis, auctore* Hoffbauer, *Berolini*, 1820). Il y

traite de l'inflammation de cette membrane sous le nom de *kératitis seu corneïtis :* c'est une esquisse assez fidèle de cette maladie ; on en trouve les principaux caractères dans les deux passages suivans : *Tunica de quâ agimus*, dit-il, *inflammata magis magisque* mollior, lardi instar, *et sicut in omnibus aliarum bulbi tunicarum inflammationibus, vel acutis, vel diurnis, interdùm epidemicè aut endemicè, aut periodicè*, morbo laborans *deprehenditur*. Et plus loin : *Cornea interdùm ita intumescit, ut* colore albido, molli naturâ, vulgoque opacâ, veniat, *aut infrequenter etiam* vesiculis parvis, humorem sanguineum continentibus, *contegatur*.

C'est, à ma connaissance, le seul auteur qui ait traité d'une manière spéciale de l'inflammation du tissu cornéal ; la priorité appartiendrait donc à M. *Hoffbauer*. Je dois cependant à la vérité de dire que la même maladie fait depuis long-temps le sujet de mes observations, et que je l'avais décrite long-temps avant d'avoir connaissance de sa dissertation.

J'avais remarqué qu'à une certaine période des ophthalmies, et dans des circonstances particulières, la cornée participait de l'inflammation ; que cette membrane se ramollissait, et que son tissu se changeait en une sorte de pulpe ou de gelée, qui tantôt était accompagnée de suppuration, d'autres fois en était exempte. C'est ce phénomène assez commun d'une kératite très-intense qui me l'avait fait appeler *ramollissement de la cornée*, dénomination que je lui ai conservée dans mes observations, et qui forme le deuxième degré de la *kératite*.

Les altérations qui surviennent dans la texture de la cornée pendant son inflammation sont en très-grande partie mentionnées dans les observations que M. *Jadelot* a consignées dans le premier volume de l'Annuaire des hôpitaux. (Observ. sur l'inflammation du globe de l'œil, qui a régné épidémiquement à l'hôpital des Enfans. p. 526.) Les faits rapportés par le médecin sont d'autant

plus intéressans que c'est à l'autopsie cadavérique qu'ils ont été constatés.

Ainsi c'est déjà avec un certain succès que l'on a essayé de débrouiller le chaos des inflammations qui peuvent affecter séparément les diverses membranes de l'œil ; et quelques-unes d'entre elles se montrent avec des symptômes que l'on peut très-bien distinguer. Telles sont surtout la *conjonctivite*, la *kératite*, l'*iridite* (ses symptômes principaux sont, la rougeur, la contriction de la pupille, sa forme irrégulière, un dépôt floconneux à sa surface) ; la *sclérotite*, quand elle est portée à un certain degré d'intensité.

Saunders a rapporté des observations de cette dernière phlegmasie ; une injection vasculaire, extrêmement multipliée, une rougeur très-vive, sans gonflement bien sensible de la conjonctive, des vaisseaux qui se portent en droite ligne, et qui forment assez souvent une espèce de zone rouge à quelque distance et autour de la cornée, sans obscurcissement ni injection de cette membrane. Quelquefois des bosselures, qui paraissent être le résultat du ramollissement et de l'amincissement de la sclérotique, la caractérisent particulièrement.

Il faut avouer qu'il n'est pas aussi facile de reconnaître à quelque signe particulier l'inflammation de la choroïde, si ce n'est peut être la sensation d'une couleur rouge (sans injection de la cornée toutefois) qui semble nous venir des objets que nous considérons.

L'épanchement albumineux ou purulent qui se fait dans la chambre antérieure est assurément le résultat de la phlegmasie, ou de la membrane dite *de l'humeur aqueuse*, ou de quelqu'une des autres parties qui forment les parois des deux membres. Après ces considérations sur la manière la plus rationnelle de considérer l'inflammation du globe de l'œil, je passe à celle de la cornée, qui seule doit ici m'occuper.

ARTICLE PREMIER.

De la kératite, ou inflammation de la cornée.

Les différences qu'elle présente dans ses symptômes, sa marche et ses terminaisons, m'obligent à l'examiner dans trois périodes ou degrés, qui diffèrent entre eux par le plus ou le moins d'intensité de la phlegmasie. Le premier est caractérisé par l'obscurcissement ou l'injection rouge de la cornée; le deuxième, par son *ramollissement;* le troisième, par la *suppuration.*

I.re OBSERVATION. *Ophthalmie aiguë; obscurcissement de la cornée.* (Kératite au premier degré.)

Louise Morin, domestique, âgée de vingt-deux ans, entra à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Antoine, n.° 6) pour une double ophthalmie qui datait de douze ou quinze jours, et qu'elle attribuait au dérangement de ses règles. Cette jeune fille, d'une constitution scrofuleuse, portait au cou quelques ganglions lymphatiques engorgés, et une plaie fistuleuse vis-à-vis l'apophyse mastoïde du côté gauche.

Etat des yeux (20 avril 1822). Rougeur très-intense et gonflement des paupières; injection et boursoufflement de la conjonctive oculaire; *obscurcissement des deux cornées;* leur couleur est d'un gris très-pâle. La malade ne distingue presque plus les objets qu'on lui présente; il lui semble qu'elle les voit au travers d'un verre *brouillé* (c'est son expression). Les yeux sont larmoyans; elle y éprouve des picotemens continuels. Les mouvemens des paupières sont douloureux, et font éprouver une sensation semblable à celle que produirait du gravier placé entre elles et le globe de l'œil. Céphalalgie, fièvre. (Saignée du bras, boisson laxative, pédiluves sinapisés, collyres émolliens opiacés, diète.)

Le 21, peu d'amélioration. La sensibilité des yeux est extrême; ce n'est qu'avec beaucoup de peine que la malade peut les entr'ouvrir. Il existe une constriction spasmodique de l'orbiculaire des paupières. (Dix sangsues à chacune des tempes, boisson émétisée, pédiluves sinapisés, cataplasme émollient sur l'œil.)

Le 24, diminution de la rougeur et du gonflement des paupières et de la conjonctive; la vue est moins trouble et moins sensible. (Dix sangsues de chaque côté, derrière l'angle de la mâchoire.)

Le 30, l'état des yeux est très-satisfaisant. La malade dort bien; elle n'a plus de fièvre ni de maux de tête : cependant la vue n'est pas bien nette. (Vésicatoire à la nuque, eau de veau, sulfate de soude, le quart d'alimens.)

Le 5 mai, il ne reste plus qu'une rougeur peu intense de la conjonctive oculaire; les cornées sont parfaitement transparentes; un peu d'œdème des paupières. (Collyre, inf. de fleurs de sureau.)

La malade sortit bien guérie le 12 mai, vingt-un jours après son entrée à l'hôpital. Elle fit usage, dans les derniers jours, d'un collyre fait avec six grains de sulfate de zinc étendus dans quatre onces d'eau distillée. On lui recommanda de garder encore quelque temps son vésicatoire.

IIe OBSERVATION. *Ophthalmie aiguë; ecchymose de la conjonctive; injection vasculaire de la moitié inférieure de la cornée.* (Kératite aiguë au premier degré.)

Le 25 mars 1822, on reçut dans le service de M. *Béclard*, à la Pitié, le nommé Hubert Claude, tabletier, âgé de trente-trois ans. (Salle Saint-Louis, n.° 8.)

Deux ans avant, il avait contracté une gonorrhée; l'écoulement s'arrêta de lui-même au bout de trois semaines. Quelque temps après, rétrécissement de l'urètre et rétention d'urine, pour laquelle il entra à Saint-Louis. Il y fut traité par l'usage des sondes, et sortit bientôt guéri.

Il est à remarquer que le malade ne fit point de traitement antivénérien ni pendant ni après son écoulement.

L'année suivante, douleurs ostéocopes dans les deux tibia ; elles se faisaient sentir surtout pendant la nuit : six semaines après, elles avaient disparu.

Au commencement de mars 1823, il fut pris d'une ophthalmie de l'œil gauche, sans cause appréciable : les yeux, dit-il, devinrent rouges et très-sensibles à la lumière. Il continua de travailler ; cependant il fut bientôt forcé d'entrer à l'hôpital.

23 mars. *État de l'œil.* Douleurs lancinantes, sensibilité extrême de l'œil ; aussitôt que le malade l'ouvre un peu, l'irritation que produit la lumière détermine un écoulement abondant de larmes ; la conjonctive est uniformément rouge ; léger boursoufflement autour du bord de la cornée. A la partie inférieure de cette membrane, et sur la partie voisine de la sclérotique est une ecchymose très-marquée, formant une tache d'un rouge très-vif, de quelques lignes de diamètre. De la partie supérieure de l'ecchymose partent beaucoup de vaisseaux injectés, *qui recouvrent la moitié inférieure de la cornée, et parviennent jusqu'à son centre.* Cette partie de la membrane est d'une couleur rouge-brun en bas, et gris rougeâtre en s'approchant de la partie moyenne.

Pendant les huit premiers jours, l'ophthalmie fut combattue d'une manière très-énergique ; cependant le traitement n'eut pas un succès bien marqué. Les élancemens dans l'œil continuant, ainsi que l'injection de la cornée, M. le professeur *Béclard*, se fondant sur le commémoratif, prescrivit les pilules de *Belloste* et les sudorifiques. Dix jours après, diminution de tous les symptômes. A partir de ce moment, l'ecchymose de la conjonctive s'est peu à peu dissipée, l'injection rouge de la cornée est devenue chaque jour moins prononcée. Le malade est sorti guéri le 10 mai, quarante-sept jours après son entrée dans l'hôpital. La cornée avait repris sa limpidité naturelle. Il a dû continuer son traitement antivénérien.

III.e OBSERVATION. *Ophthalmie aiguë ; injection rouge de toute l'etendue de la cornée.* (Kératite au premier degré.) *Iritis.*

Marie Lelégard, âgée de soixante-six ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 5 mars 1821, pour une ophthalmie existant depuis dix jours, et qu'elle attribue à des veilles prolongées fort avant dans la nuit.

Le 6 mars, les deux yeux sont affectés ; ils sont rouges, douloureux ; des vaisseaux sanguins très-développés parcourent les conjonctives oculaires. On voit aussi sur la cornée un grand nombre de vaisseaux rouges qui, *partis de sa circonférence, se rendent de toutes parts jusqu'à son centre.* L'iris a du côté droit une couleur rosée ; la pupille est déformée, allongée transversalement ; sentiment de brûlure dans l'œil, larmoiement continuel, céphalalgie violente, fièvre.

Quand la malade entr'ouvre les yeux, les objets qu'elle regarde lui paraissent *tout rouges.* (Saignée, application de sangsues plusieurs fois répétées, révulsifs; quelques jours après séton à la nuque, etc.)

L'ophthalmie s'est graduellement dissipée, le traitement a duré six semaines, la cornée avait recouvré sa transparence, l'iris sa couleur ; mais la pupille a gardé sa forme accidentelle : elle jouissait de peu de mobilité, surtout en haut.

IV.e OBSERVATION. *Ophthalmie aiguë ; ramollissement superficiel de la cornée.* (Kératite au deuxième degré.)

Une fille de vingt ans, nommée Marie Perrault, étant entrée à l'hôpital de la Pitié, le 10 mai 1822, pour une ophthalmie chronique passée à l'état aigu à l'occasion de la suppression de ses règles, fut soumise à un traitement antiophthalmique très-actif. L'ophthalmie ne diminua pas de violence ; au contraire, l'époque des règles étant revenue, l'état des yeux empira beaucoup pendant plusieurs jours ; la conjonctive était très-enflammée ; des phlyctènes à fluide trans-

parent et au nombre de cinq se développèrent sur la sclérotique autour de la cornée.

Le 16, obscurcissement brun, puis *ramollissement* superficiel de la partie supérieure de la cornée. La surface de la membrane était inégale, grisâtre, pulpeuse et légèrement boursouflée. Quelques jours après, la cornée, dans la partie où elle s'était ramollie, offrait une dépression assez marquée. (Il était visible que l'absorption s'était exercée sur son tissu, réduit à une consistance gélatineuse, sous la conjonctive qui la recouvre, et que cette dernière membrane s'était affaissée dans l'enfoncement produit par la déperdition de substance.) On eût dit que la cornée, réduite à la mollesse de la cire chaude, avait été comprimée dans sa partie supérieure par le bout du doigt.

Le 24 mai, les symptômes de l'ophthalmie ont presque entièrement disparu; un peu de rougeur seulement existe sur la conjonctive. L'excavation de la cornée est un peu moins profonde.

Le 30, des vaisseaux rouges et dilatés se sont manifestés sur la conjonctive sclérotidienne à sa partie supérieure, et s'avancent dans la portion ramollie de la cornée; leur calibre est assez considérable; la rougeur qu'ils communiquent à la conjonctive n'est accompagnée d'aucun autre symptôme inflammatoire. La perte de substance de la cornée est presque complètement réparée; elle paraît avoir été en quelque sorte comblée par la déposition d'une matière blanchâtre.

Le 12 juin, toute la partie supérieure de la cornée est blanche; il n'existe plus de cavité, la conjonctive est tendue, et de niveau avec le reste de la cornée.

Le 17, les vaisseaux variqueux accidentels qui couvraient la partie supérieure de la conjonctive et la partie correspondante de la cornée ont disparu. L'ophthalmie est guérie; mais il reste dans toutes les parties qui ont été ramollies une blancheur ou opacité qui ne paraît pas différer de l'albugo ou du leucoma.

V.e OBSERVATION. (Hôpital des Enfans.) *Ophthalmie chronique passée à l'état aigu; ramollissement superficiel de la cornée.* (Kératite au deuxième degré.)

Une jeune fille de 7 ans, couchée au n.° 5 de la salle Saint-Augustin, ayant présenté pendant le cours d'une ophthalmie scrofuleuse un obscurcissement rouge-brun très-marqué, cet état de la cornée fut suivi de son ramollissement. La membrane devint d'un gris rougeâtre, comparable à de la gelée pour la consistance et l'aspect; demi-transparente, inégale dans presque toute sa circonférence et dans l'étendue de deux lignes environ.

Ici on n'observera point, comme dans le cas précédent, d'excavation produite par l'absorption de la matière du ramollissement.

Un mois après, des vaisseaux s'étaient développés sur la conjonctive; la partie ramollie devint d'abord grise, puis blanchâtre; la terminaison fut la même que dans le cas précité.

VI.e OBSERVATION *Ophthalmie aiguë, ramollissement superficiel et infiltration purulente de la cornée.* (Kératite au troisième degré.)

Julien Larcher, âgé de soixante-trois ans, fabricant de bas, entre à l'hôpital de la Pitié le 20 août 1822 pour une ophthalmie aiguë qui s'était déclarée huit jours auparavant. Le malade en ignore absolument la cause.

A son entrée, il ne présente que les symptômes d'une inflammation assez vive de la conjonctive, sans gonflement bien sensible de ses deux portions oculaire et palpébrale. La sensibilité de l'œil est le phénomène le plus remarquable.

Le quatrième jour, malgré le traitement antiphlogistique, la cornée commence à se troubler à sa circonférence; les jours suivans elle devient de plus en plus terne et grisâtre.

Le dixième jour, toute la circonférence de la cornée présente un cercle jaune d'une ligne de largeur ; il paraît formé par l'épanchement ou l'infiltration entre les lames les plus superficielles de la membrane, d'une matière demi-fluide, de la couleur indiquée. En regardant l'œil de profil, on voit très-bien que les lames extérieures de la cornée sont soulevées dans toute sa circonférence, et qu'elles y forment un relief assez marqué ; le reste est trouble, la vue est obscurcie, la sensibilité de l'œil est diminuée.

L'état purulent du pourtour de la cornée persiste, sans aucun changement, jusqu'au seizième jour. A cette époque, la matière infiltrée commence à diminuer. A mesure que l'absorption se fait, les lames soulevées s'affaissent, et reviennent au niveau du reste de la surface de la cornée. L'inflammation de l'œil diminue de plus en plus.

Le dix-neuvième jour, des vaisseaux se manifestent sur la conjonction sclérotidienne ; ils s'avancent de toutes parts sur la cornée, à laquelle ils communiquent une teinte rougeâtre ; ils sont plus nombreux là où le désordre paraît avoir été le plus grand. Le pourtour de la cornée n'offre plus de traces de la matière jaune dont ses lames étaient imprégnées ; elle a repris jusqu'à un certain point sa couleur naturelle ; son aspect n'est cependant plus le même ; son tissu dans cette partie est comme réduit en gélatine, et ressemble à un corps mollasse et demi-transparent.

Le vingt-huitième jour, la cornée est devenue d'un gris blanchâtre à sa circonférence. Cette opacité forme un cercle d'une ligne de largeur. La conjonctive est toujours injectée. Le malade n'éprouve plus aucune douleur ; il ne reste qu'un peu de sensibilité au contact du jour.

Le trente-cinquième jour, l'opacité circulaire de la cornée est d'un blanc laiteux ; elle ressemble aux taches que l'on a décrites sous le nom de *taies*. Le reste de la membrane a repris sa transparence, le malade y voit bien. Il est resté dans l'hôpital jusqu'au 18 octobre, cinquante-huitième jour depuis son entrée. Les vaisseaux accidentellement développés sur la conjonctive avaient disparu.

VIIe OBSERVATION. *Ophthalmie scrofuleuse ; ramollissement superficiel de la cornée, avec infiltration purulente.* (Kératite au troisième degré.)

Le 17 août 1822, on reçut à la Pitié, dans le service de M. *Béclard*, le nommé Sylvain Nodeau, maçon, âgé de vingt-deux ans. Ce jeune homme, d'une constitution scrofuleuse, était affecté d'ophthalmie aux deux yeux depuis un an environ ; elle avait cédé, à divers intervalles, à un traitement convenable. A son entrée à l'hôpital, il nous dit que depuis une douzaine de jours une nouvelle ophthalmie s'était déclarée, qu'elle le faisait souffrir beaucoup plus que celles qui l'avaient précédée, et que, ne pouvant plus espérer de continuer son travail, il était venu réclamer les secours de la médecine. La sensibilité des yeux était très-exaltée; le jour incommodait beaucoup ; le mouvement des paupières était lui-même très-pénible. Un larmoiement continuel, et d'une âcreté assez grande pour irriter vivement la peau des joues, une constriction permanente de l'orbiculaire des paupières, la difficulté extrême d'écarter celles-ci pour permettre d'examiner les yeux, montraient que l'irritation était vive. On put cependant s'assurer que la conjonctive était très-rouge ; cette membrane présentait sur la sclérotique un peu de gonflement, et les vaisseaux qui la parcouraient étaient très-dilatés.

Le 23 août, saignée du bras, dix sangsues autour de l'œil, bains de pied sinapisés le soir. Pour boisson, décoction de racine de chiendent aiguisée avec quatre gros de crème de tartre.

Cette médication ayant un peu amélioré l'état des yeux, je pus les examiner avec plus de soin, et je m'aperçus le 28 que la cornée était obscurcie dans divers points de sa surface; mais surtout en dedans à l'œil droit, et en bas et en dehors à l'œil gauche. Le malade ne distinguait les objets placés devant lui qu'au travers d'un brouillard extrêmement épais. Il ne se passa rien de bien remarquable jusqu'au 1.er septembre. Le malade avait beaucoup souffert des yeux la

veille. A la visite du matin, je vis que la cornée était devenue jaunâtre dans tous les points qui étaient primitivement obscurcis. Le lendemain, ce phénomène était encore plus marqué ; la membrane me parut avoir subi une infiltration purulente dans l'épaisseur de ses lames superficielles. Huit à dix jours suffirent pour l'entière resorption du fluide accidentellement versé dans l'épaisseur de la cornée; mais celle-ci resta comme boursouflée, et en apparence gélatineuse pendant trois semaines environ. Dans cet intervalle, je vis se développer, quoique l'ophthalmie fût alors très-peu de chose, ces vaisseaux rouges et dilatés dont il a été question dans l'observation précédente. Les parties ramollies de la cornée s'imprégnèrent peu à peu d'une matière blanche concrescible ; elle recouvra en même temps sa consistance. L'altération organique se termina par des taches, qui ne se sont dissipées qu'en partie.

VIII.e OBSERVATION. *Ophthalmie aiguë ; ramollissement profond avec suppuration de la cornée.* (Kératite au troisième degré.)

Antoine Serre, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament sanguin, porteur d'eau, né à Raulhac, département du Cantal, entra à l'hôpital de la Pitié, le 18 janvier 1822. Ce malheureux nous dit avoir contracté quelques années avant une maladie vénérienne, qui, s'étant portée sur l'œil droit, l'avait *tourné en suppuration*, après quoi l'œil s'était vidé. Malgré ce terrible avertissement, il resta quinze jours chez lui avec une autre ophthalmie de l'œil gauche, d'une nature probablement semblable, avant de venir à l'hôpital. État au 18 janvier : rougeur très-vive de la conjonction oculaire, tous les vaisseaux sont injectés, gorgés de sang. Cette membrane forme une saillie légère autour de la cornée; l'injection vasculaire ne dépasse pas sa circonférence; la vue est obscurcie; les paupières, un peu gonflées, se rapprochent pour protéger l'œil, dont la sensibilité est exquise.

Le 19, saignée du bras, le malade eut une syncope ; on tira très-peu de sang.

Le 20, dix sangsues autour de l'œil. Malgré ces évacuations et la diète absolue, l'inflammation fait des progrès, la conjonctive se boursouffle (*chémosis*) ; la cornée se trouble, les objets ne sont plus aperçus qu'au travers d'un voile épais ; les paupières se tuméfient, un érisypèle œdémateux s'y manifeste; le malade ne peut plus les ouvrir, tant à cause du gonflement que de l'extrême douleur qu'il éprouve quand il laisse pénétrer la lumière. Des élancemens qu'il compare à des piqûres d'aiguille, un larmoiement continuel, une sensation brûlante dans l'œil, ne laissent pas un instant de sommeil ni de repos. Quelques jours suffirent pour le développement de ces nouveaux symptômes ; cependant l'inflammation ne cessa d'être combattue par des applications de sangsues, des purgatifs, les bains de pied avec la moutarde, etc.

Le 26, on peut écarter assez les paupières pour apercevoir la cornée ; elle est devenue rouge dans toute son étendue. Il s'échappe de l'œil un mucus épais, puriforme, et dont l'âcreté irrite la peau des joues au point de l'excorier.

Le 30, le gonflement étant diminué, ainsi que la douleur, le malade peut ouvrir l'œil; la cornée est jaune, infiltrée de pus dans toute son étendue. Le malade n'y voit plus du tout, malgré, dit-il, qu'il se trouve beaucoup mieux.

La cornée resta dans cet état jusqu'au 5 février. Cependant, dans l'intervalle, sa couleur jaune devint de plus en plus pâle. A l'époque que je viens de noter, elle était blanche, opaque, comme si de la crème eût été épanchée entre ses lames.

Je remarquai les jours suivans que l'infiltration se dissipait peu à peu. D'abord quelques points s'éclaircirent, puis la membrane présenta dans toute son étendue cette demi-transparence et cet état gélatiniforme dont j'ai parlé. La suppuration avait complètement disparu au 12 février.

Le 12 février, cette résorption ne fut pas suivie du retour de la membrane à son état naturel. A mesure qu'elle se faisait dans un point, on voyait la cornée s'affaisser, se rider dans cette partie; elle

avait cessé d'être opaque, sans avoir recouvré sa limpidité, si l'on peut se servir de cette expression. Sa surface n'avait plus ce poli, ce brillant qui la caractérise. Altérée profondément dans son organisation, privée de sa consistance et sans doute de l'appui que lui prêtent les humeurs de l'œil, elle était flasque ; des saillies et des enfoncemens se remarquaient à sa surface ; son tissu, comme macéré, était, en un mot, ramolli, et n'avait plus qu'une faible apparence de son état naturel. Un autre phénomène non moins remarquable, c'est que la substance propre de la cornée fut elle-même soumise à l'action très-active des vaisseaux absorbans. La membrane devint beaucoup plus mince ; l'iris avait contracté des adhérences très-étendues avec sa face postérieure.

Le 15 avril, tous les symptômes inflammatoires s'étaient dissipés depuis quinze jours environ, lorsqu'une apparition nouvelle de vaisseaux eut lieu sur la conjonctive tout autour de la cornée. Je fus chargé par M. *Béclard* de faire l'excision de tous ces vaisseaux, fortement injectés. L'opération ne fut suivie d'aucun changement appréciable de l'état de la cornée.

Le 10 juin, le malade sortit de l'hôpital, ayant perdu la vue. La cornée n'avait pas recouvré son poli, ni sa consistance naturelle ; une tête d'épingle portée sur la membrane la déprimait plus facilement que celle du côté opposé ; elle paraissait amincie, l'iris la doublait dans presque toute son étendue, en lui adhérant intimement en apparence ; la pupille était oblitérée, ce que permettait de voir la demi-transparence de la cornée.

IXe OBSERVATION. *Ramollissement profond et partiel, avec suppuration de la cornée.*

Le 8 juin 1822 entre à l'hôpital de la Pitié le nommé François Tessier, âgé de quarante-deux ans, individu bien constitué, pour une ophthalmie de l'œil droit existant depuis trois semaines : il n'avait fait jusqu'alors aucun traitement.

État. Rougeur très-vive, boursoufflement assez considérable de la

conjonctive sclérotidienne; elle forme un bourrelet autour de la cornée. Cette dernière membrane est infiltrée de pus à sa partie moyenne dans une étendue qui équivaut à la moitié de son aire. Cette portion centrale désorganisée est poussée en avant par la pression des humeurs de l'œil, et forme une saillie particulière, comme surajoutée à la cornée. On ne peut voir quel est l'état de l'iris.

Le 11 juin, la matière infiltrée dans l'épaisseur des lames est devenue d'un blanc opaque ; sa résorption est commencée.

Le 14, la cornée offre une légère transparence ; elle est opaline ; sa surface présente des saillies et des enfoncemens irréguliers. On s'aperçoit au travers de la membrane qu'un lambeau de l'iris s'est porté dans la concavité de la portion ramollie, et y fait en quelque sorte hernie.

Le 20, les inégalités de la tumeur sont effacées ; celle-ci s'est affaissée, au point qu'elle dépasse à peine le niveau du reste de la cornée. La membrane paraît plus mince à son centre.

Le 30, il ne reste plus de symptômes de l'ophthalmie qu'une injection vasculaire autour de la cornée, sans gonflement de la conjonctive. La cornée paraît avoir repris sa consistance ordinaire ; elle est blanchâtre dans toute sa partie centrale.

Le 15 juillet, l'inflammation de la cornée s'est terminée par induration blanche (*leucoma*).

X.e OBSERVATION. *Ramollissement profond avec suppuration ; rupture de la cornée.* (Kératite au troisième degré.)

Une femme de trente ans, couchée au n.° 17 de la salle Saint-Antoine, à la Pitié, s'expose à un vent froid le lendemain d'excisions pratiquées sur la conjonctive pour des taches de la cornée. L'inflammation de l'œil qui suivit l'opération fut si violente, que trois jours après la cornée était entièrement purulente. Le pus fut peu à peu resorbé ; mais la membrane était si molle, et tellement désorganisée, qu'elle ne tarda pas à se déchirer.

La malade avait souffert les douleurs les plus cruelles ; elle passa

plusieurs nuits dans une agitation extrême et dans des plaintes continuelles; elle sentit son mal diminuer à mesure que l'humeur aqueuse s'écoulait au-dehors.

Cependant les bords de la déchirure, s'étant rapprochés par l'affaissement progressif de la cornée, s'agglutinèrent; l'humeur des chambres se répara promptement; une nouvelle crise survint, et fut suivie d'un nouvel écoulement d'humeur. Enfin la cornée s'étant encore reportée vers l'iris, elle contracta assez long-temps après des adhérences avec cette membrane, et probablement aussi avec la capsule du cristallin. L'œil resta aplati en devant; la cornée, d'un gris terreux ou cendré, rougeâtre, plus que demi-opaque, était diminuée d'étendue d'un quart, quand la malade sortit de l'hôpital, deux mois après son entrée.

XI.e OBSERVATION. *Ramollissement profond, avec suppuration; déchirure de la cornée.* (Kératite au troisième degré.)

Lorsque j'étais élève interne à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. *Richerand*, j'eus aussi l'occasion de voir une femme d'une vingtaine d'années qui, affectée d'un écoulement siphilitique, porta un peu de mucus de ses parties génitales sur son œil droit. Les jours suivans, ophthalmie des plus graves, suppuration de la cornée. Cette membrane ramollie se déchira, et l'œil se vida complètement.

Description générale de la kératite.

On peut juger de la vitalité de la cornée transparente par le grand nombre de maladies qui peuvent l'affecter. Pour peu qu'on y réfléchisse, il n'est plus possible de trouver le moindre point de contact entre l'organisation de cette membrane et celle de la substance qui constitue les ongles et les poils : l'analogie d'aspect a seule pu mériter à la cornée le nom qu'elle porte.

L'observation long-temps suivie des maladies de la cornée nous permet d'avancer que ses altérations, quels que soient leur forme et leur caractère, sont presque toutes le produit de son inflam-

mation aiguë ou chronique. C'est en suivant celle-ci dans sa marche que l'on peut apprécier les diverses modifications que subit le tissu de la cornée, que l'on peut connaître la nature de ces opacités désignées sous le nom de *nuage*, d'*albugo*, de *leucoma*, celle de ces déformations de toute espèce que l'on comprend sous la dénomination de *staphylome*; que l'on peut enfin se rendre compte de l'atrophie de la cornée, peut-être même de son ossification. La kératite chronique, qui accompagne assez souvent l'ophthalmie chronique, doit être considérée comme la cause prochaine des différentes maladies dont je viens de parler. Tantôt elle agit en affaiblissant la force de cohésion du tissu de la cornée, de telle sorte, que cette membrane cède à la pression des humeurs de l'œil, et qu'elle se distend en s'amincissant; tantôt elle détermine au contraire son épaississement; d'autres fois elle altère sa forme ou sa transparence; enfin elle la met quelquefois dans des conditions telles, qu'elle devient susceptible d'être absorbée en partie ou en totalité. La kératite chronique ne se manifeste guère à nos yeux que par ses effets consécutifs; de sorte qu'il n'est pas possible d'en donner une description séparée : il ne sera donc question ici que de l'inflammation de la cornée à l'état aigu.

L'inflammation aiguë de la cornée est toujours précédée par celle de la conjonctive. Tant que la cause qui a déterminé l'ophthalmie n'a point agi sur la cornée elle-même, la rougeur et le gonflement de la conjonctive s'arrêtent à son pourtour, où la densité du tissu cornéal et sa connexion intime avec son tégument extérieur semblent former une barrière insurmontable au passage du sang dans ses vaisseaux.

C'est ce qu'on voit d'une manière très-remarquable dans le chémosis. Dans ce dernier degré de l'ophthalmie, en effet, il arrive souvent que la conjonctive forme autour de la cornée un bourrelet de plusieurs lignes de hauteur, sans que celle-ci soit aucunement altérée, pas même dans sa transparence. C'est un des argumens les plus forts dont on se soit servi pour nier que la conjonctive se continuât sur toute la partie antérieure de l'œil.

Ce que l'on observe d'abord, quand l'inflammation de la conjonctive se propage à la cornée, c'est un *obscurcissement*, un trouble particulier qui fait que les malades ne peuvent plus distinguer les objets qu'au travers d'une sorte de nuage ou de brouillard.

Ce phénomène n'est encore que le produit de l'engorgement des vaisseaux ; ils sont dilatés et gorgés de fluides blancs ; le sang n'y a point encore pénétré, du moins rien ne l'atteste ; et si l'irritation diminue, tout aussitôt la cornée recouvre sa diaphanéité. Que si, au contraire, l'ophthalmie devient plus intense, les vaisseaux de la cornée et de la conjonctive qui la recouvre semblent céder à l'impulsion du sang, se dilatent, et sont remplis par un fluide qui jusque-là n'y avait pas pénétré. La cornée devient donc le siége d'une injection sanguine plus ou moins apparente, qui, tantôt bornée aux parties voisines de sa circonférence, occupe d'autres fois une portion plus ou moins grande, et même la totalité de sa surface. Dans certains cas, cette injection est tellement multipliée, que ses vaisseaux donnent, par leur rapprochement, une couleur rouge uniforme à la membrane. Les malades distinguent encore, quoique très-confusément ; et ce qu'ils regardent leur paraît entièrement rouge. Enfin il arrive quelquefois par la violence de l'inflammation qu'il se fait une hémorrhagie locale ; le sang s'extravase entre les lames de la cornée et produit une véritable ecchymose.

Tel est le premier degré de la kératite aiguë. Jusqu'ici il n'y a point de désorganisation du tissu de la cornée : l'inflammation cessant, tout peut rentrer dans l'ordre naturel.

Observons que l'injection sanguine a lieu plus ordinairement et d'une manière beaucoup plus apparente dans le tégument formé par la conjonctive que dans le tissu même de la cornée. Quelquefois l'injection se montre en même temps dans le tissu cellulaire qui unit ces deux membranes, malgré qu'il soit très-serré. Dans l'état inflammatoire, ce tissu se gonfle sensiblement, et toute la partie injectée forme un relief plus ou moins marqué sur la cornée. Ce gonflement du tissu cellulaire sous-conjonctival peut devenir assez considérable,

dans le cas d'extravasation de sang, pour que le chémosis, ou bourrelet de la conjonctive, se continue sur toute la cornée, quoique formant une saillie beaucoup moindre. J'ai vu cette particularité si remarquable chez un malade de l'hôpital de la Charité qu'on avait opéré de la cataracte. La cornée était entièrement rouge et comme boursouflée.

Une inflammation plus grave de la cornée la désorganise; son tissu perd sa cohésion, se change en une pulpe gélatiniforme, d'un gris cendré, quelquefois rougeâtre; en un mot, la cornée se ramollit. La lame extérieure ou conjonctivale ne paraît pas partager la même décomposition; elle cesse d'être tendue et lisse, est lâchement adhérente à la cornée ramollie, et se ride plus ou moins en se moulant aux inégalités de sa surface.

Le *ramollissement* simple de la cornée se borne presque toujours à ses lames superficielles; rarement il s'étend à toute l'épaisseur de cette membrane; il constitue le deuxième degré de la *kératite;* mais il n'est pas nécessairement précédé par l'injection rouge du premier degré. L'observation nous apprend que, le plus souvent, il arrive sans autre symptôme que l'obscurcissement de la cornée, joint à une ophthalmie très-aiguë : ce qu'on observe très-évidemment chez les enfans.

Enfin, dans une troisième période, et toujours suivant le plus de gravité, il arrive que non-seulement la cornée se ramollit, mais encore qu'elle s'infiltre de pus, soit que la matière soit versée dans le tissu cellulaire interlamellaire, ou, ce que je suis porté à croire, qu'elle imprègne, à proprement dire, le tissu de la cornée à l'etat de ramollissement. La suppuration de la cornée peut être superficielle ou profonde. On voit tantôt, dans le premier cas, un cercle jaune d'une ou deux lignes de largeur concentrique à la circonférence de la cornée; d'autres fois la suppuration n'occupe qu'un côté et une petite étendue de la membrane.

Dans le deuxième cas, c'est le plus souvent au centre qu'a lieu le ramollissement avec suppuration. Dans les premiers temps qui suc-

cèdent, la cornée est tendue, plus ou moins soulevée par le pus qui la gonfle; quelquefois l'altération, s'étendant à toute son épaisseur, elle cède à la pression des humeurs de l'œil, et forme une protubérance ou saillie, qui dépasse plus ou moins le niveau de ses autres parties. J'exprimerais assez bien cet état en disant que la cornée est comme défoncée.

Je regarde la suppuration de la cornée comme étant un troisième degré de la kératite aiguë. parce qu'elle n'arrive jamais sans le *ramollissement ;* tandis que celui-ci peut, comme on l'a vu, avoir lieu sans infiltration purulente.

M. *Jadelot* a rapporté des observations fort curieuses sous ce rapport, comme sous bien d'autres, à la vérité.

XIIe OBSERVATION.

Magne, ramoneur, entra à l'hôpital des Enfans avec les symptômes précurseurs de la variole, qui, jusqu'au huitième jour de l'éruption, ne présenta rien de remarquable qu'une angine laryngée, combattue avec succès dès son début. A cette époque, ophthalmie palpébrale intense traitée par les révulsifs, par les sangsues appliquées plusieurs fois et en grand nombre aux tempes et derrière les oreilles, puis un séton à la nuque. Les paupières paraissaient seules atteintes; mais telle fut leur inflammation, qu'un abcès se forma dans leur épaisseur des deux côtés. On ne put examiner le globe de l'œil qu'après l'ouverture de cet abcès, et l'on vit alors la cornée des deux yeux *boursoufflée, terne, et comme infiltrée d'un fluide albumineux.* L'enfant succomba, le dix-huitième jour de l'éruption variolique, à l'inflammation des yeux et de l'intestin.

On trouva des deux côtés la cornée *épaissie, ramollie, comme pulpeuse, d'un jaune sale, et presque détachée du reste du globe de l'œil,* dont l'intérieur était désorganisé et rempli d'un liquide brunâtre, mêlé de débris des parties molles. (Annuaire des hôpitaux, p. 552.)

XIII.e OBSERVATION.

Un enfant âgé de six ans et demi ayant succombé dans la dernière période d'une variole accompagnée d'une ophthalmie très-grave, avec boursouflement de la conjonctive, on trouva à l'ouverture du corps une éruption de pustules varioliques sur tout l'intestin, depuis la fin du duodédum jusqu'au rectum. Entre les paupières très-tuméfiées et le globe de l'œil, un liquide épais et purulent; du côté droit, la cornée *opaque, jaune, saillante, bosselée, presque détachée de la sclérotique.* A la partie postérieure adhérait le cristallin, qui était opaque et jaune, et qui avait entraîné avec lui l'iris; l'humeur vitrée était trouble et épaisse, et parcourue par des vaisseaux sanguins. A gauche la cornée se trouvait dans un état analogue, etc. (*Id. loco cit.*)

J'ai eu moi-même l'occasion de constater le ramollissement de la cornée sur le cadavre. Dans un cas, après avoir détaché de l'orbite un œil dont la cornée offrait les caractères de cette maladie, je la raclai avec le dos d'un scalpel; il s'en détachait une espèce de pulpe ou de crème, comme si on avait gratté du fromage mou; j'enlevai ainsi le tiers de l'épaisseur de la cornée approximativement. Je ne pus aller plus loin, le ramollissement se bornait là. Sur l'autre œil, qui n'avait été qu'un peu enflammé, il ne se présenta rien de semblable; le tranchant de l'instrument lui-même n'enlevait rien en grattant.

Chez un autre individu, et dans le même hôpital (*Enfans malades*), la cornée était ramollie dans toute son épaisseur; je la détruisis entièrement en la raclant avec l'ongle.

Suivons maintenant la marche ultérieure de la kératite dans ses trois périodes ou degrés; exposons ses terminaisons diverses, et les moyens que la nature déploie pour réparer le désordre dont elle est souvent suivie.

Lorsque l'inflammation s'est bornée à l'obscurcissement ou à l'in-

jection des vaisseaux, quelque forte que soit cette congestion sanguine, pour peu que le tissu de la cornée soit intact, ses vaisseaux peuvent, par la contractilité qui leur est propre, se débarrasser du sang qu'ils contiennent accidentellement, interdire le passage à de nouveaux globules rouges, et rendre à la membrane sa transparence naturelle. La kératite parvient-elle au deuxième degré, la cornée demeure mollasse, comme de la pâte de papier, grise et demi-opaque pendant quinze jours, trois semaines, un mois même, suivant que le *ramollissement* est superficiel ou profond, après quoi elle se réconsolide par un mécanisme que nous exposerons bientôt.

Il arrive quelquefois que cette espèce de détritus ou de pulpe qui résulte du *ramollissement* est emportée par les vaisseaux lymphatiques. A mesure qu'elle est absorbée, il s'établit à la surface de la cornée une excavation dans laquelle s'affaisse la conjonctive. On dirait alors que la cornée, réduite à consistance de cire molle, a été déprimée par le bout du doigt ou par tout autre corps solide.

Les phénomènes qui succèdent à la suppuration de la cornée ne sont pas moins remarquables. Le premier effet de l'absorption est de pomper la matière infiltrée. Cependant, comme l'action des lymphatiques ou des veines ne s'exerce point d'une manière uniforme par toute la membrane, il résulte que quelques-unes de ses parties sont déjà débarrassées de la matière qui les infiltrait lorsque d'autres sont encore gonflées par le pus; ce qui fait qu'à cet instant de la maladie la cornée présente çà et là des enfoncemens, des saillies, souvent aussi des rides, qui lui donnent un aspect tout particulier.

Lorsque l'absorption est complète, la membrane ne conserve plus que l'apparence d'un corps fongueux et mollasse; elle s'affaisse sur l'iris en perdant sa convexité naturelle.

Un peu plus tard, la cornée, ainsi ramollie, s'amincit visiblement par la résorption de son propre tissu.

On ne peut concevoir l'aplatissement de la cornée sans admettre que pendant le cours d'une kératite grave, toujours accompagnée d'une inflammation plus ou moins vive des parties internes du globe

de l'œil, il se fasse une diminution de ses humeurs, et particulièrement de l'humeur aqueuse. Sans cela, en effet, leur pression, égale dans tous les sens, s'y opposerait nécessairement. Ce qui confirme cette supposition, c'est qu'après les inflammations profondes de l'organe de la vue, il reste souvent, après la terminaison de la maladie, plus petit que celui du côté opposé.

Si les choses ne se passaient point ainsi, il arriverait infailliblement, je crois, que la cornée, privée de sa consistance dans un haut degré de la kératite, loin de se rapprocher de l'iris, serait au contraire poussée en avant, soit partiellement, soit en totalité, et qu'elle formerait une saillie ; ce qu'on observe, en effet, dans quelques cas où le ramollissement a été tellement prompt par l'extrême violence de la phlegmasie, que l'absorption des humeurs n'a pas eu le temps de se faire.

La kératite aiguë, dans ses deux premiers degrés, ne peut être confondue avec aucune autre maladie du globe de l'œil. Dans le troisième, le pus qui infiltre la cornée pourrait peut-être imposer pour un abcès ou pour un hypopyon. Pour les distinguer, il suffit de se rappeler que dans l'abcès la surface de la cornée ne perd pas son poli naturel, ce qui arrive toujours dans la kératite. L'erreur d'ailleurs ne pourrait pas durer long-temps; car il suffit ordinairement de quelques jours pour la résorption de la matière infiltrée : l'épanchement de pus qui constitue l'abcès ne se dissipe pas si vite. Quant à l'hypopyon, il faudrait que les deux chambres fussent entièrement pleines de pus pour qu'il pût être confondu avec une infiltration purulente de la cornée; encore, dans ce cas, sa situation plus profonde, la régularité de forme, le brillant de la membrane, la violence des symptômes, éclaireraient suffisamment le diagnostic.

La kératite aiguë peut, suivant son degré, affecter diverses terminaisons. On peut en compter quatre : 1.° la résolution; 2.° l'induration; 3.° la rupture de la cornée, qui est suivie de l'évacuation plus ou moins complète des humeurs de l'œil; 4.° la gangrène. J'ai déjà parlé de la première de ces terminaisons; elle consiste dans le réta-

blissement de la transparence de la cornée, lorsque celle-ci a été le siége d'un *obscurcissement* ou d'une *injection* vasculaire rouge.

L'induration est une terminaison des deuxième et troisième degrés. Le *ramollissement* persiste, comme il a été dit, pendant deux, trois, quatre semaines; les symptômes de l'ophthalmie diminuent, se dissipent presque entièrement dans l'intervalle. Alors, et sans qu'aucune irritation nouvelle se manifeste, on voit se développer sur une ou plusieurs parties de la conjonctive sclérotidienne des vaisseaux rouges, en nappe ou par faisceaux, et semblables à ceux que l'on a appelés *variqueux*. Ces vaisseaux, dilatés et très-apparens, sont plus ou moins nombreux, suivant l'étendue et la profondeur du ramollissement; ils se portent directement vers les points altérés de la cornée, étendent leurs branches dans la conjonctive, et injectent de leurs derniers rameaux le tissu *cornéal* ramolli et réduit à l'état d'une substance pultacée.

A partir de cette époque, la cornée éprouve de nouveaux changemens dans sa couleur et dans sa consistance. Ramollie, elle était légèrement grise et demi-transparente; elle devient successivement rougeâtre, gris foncé, blanchâtre, et enfin blanche partout où elle avait souffert. En même temps, elle perd de plus en plus de sa mollesse, et finit par recouvrer sa solidité naturelle, et peut-être même au-delà. Bientôt après, les vaisseaux de la conjonctive ont disparu. L'opacité qui reste sur la cornée ne diffère pas de celles qu'on a appelées *albugo* ou *leucoma*, suivant leur nature différente.

Si l'on considère que ces taches, qui succèdent au ramollissement, comme à beaucoup d'autres altérations de la cornée, ne se manifestent jamais sans avoir été précédées du développement accidentel de vaisseaux variqueux sur la conjonctive; que ces vaisseaux se portent directement et seulement à la partie désorganisée de la cornée; qu'enfin ils disparaissent lorsque l'opacité est formée et la cornée reconsolidée, on ne peut douter que cette injection temporaire des vaisseaux de la conjonctive ne soit destinée à jouer un rôle important dans la réparation de l'organe.

Le même phénomène se montre dans toutes les maladies de la cornée qui sont suivies de taches. Dans les ulcères, dit M. *B. Travers*, les vaisseaux propres de la cornée versent dans l'excavation une lymphe coagulable, qui s'organise peu à peu, et dans laquelle des vaisseaux provenant de la conjonctive versent une matière blanche concrescible (matière adhésive) ; c'est ce qui constitue la cicatrice. Des phénomènes semblables succèdent très-probablement au ramollissement. Quand le ramollissement de la cornée a une certaine étendue, ou qu'il arrive vis-à-vis la pupille, il est donc nécessairement suivi de la perte plus ou moins complète de la vue du côté malade.

Dans certaines ophthalmies, comme la gonorrhéïque, la variolique, celle dite *puriforme des nouveau-nés*, le ramollissement se fait quelquefois avec tant de promptitude et si profondément, que la cornée, en trois ou quatre jours, est réduite en une espèce de bouillie, et que, pressée par les humeurs de l'œil, elle se rompt tout à coup; l'humeur aqueuse s'écoule et la membrane s'affaisse sur l'iris.

Cette rupture est précédée et accompagnée des douleurs les plus vives ; les malades les comparent à des coups de canif portés dans le globe de l'œil ; la céphalalgie et la fièvre sont des plus violentes ; le délire survient, et quelquefois même la mort.

L'écoulement de l'humeur aqueuse est suivi d'un grand soulagement ; il procure un peu de repos et de sommeil. Cependant, lorsque le ramollissement s'est borné à une petite étendue de la cornée, que la déchirure est peu considérable, ses bords, se rapprochant par l'aplatissement de la cornée, se collent ensemble, s'opposent à la sortie de l'humeur des chambres, qui se remplissent bientôt; les douleurs se renouvellent, et cette autre crise ne se termine que par le décollement des bords de la plaie et par un nouvel écoulement. D'autres fois la cornée, au lieu de se perforer ou de se déchirer, se sépare de l'ouverture antérieure de la sclérotique, comme l'a observé M. *Judelot*. (Ann. des hôpitaux.)

Enfin il arrive quelquefois que la destruction de la cornée est si grande, que non-seulement l'humeur aqueuse s'écoule, mais qu'elle

est suivie de la sortie du cristallin et du corps vitré. Je possède quatre observations de cette terminaison de la kératite; elle a été vue dernièrement à la Pitié par M. *Béclard* et les élèves de sa division. Il existe dans ce moment à la Charité, dans la salle Saint-Louis, n° 36, un malade chez lequel elle a eu lieu. L'œil s'est vidé des deux tiers, la cornée n'a pas plus de deux lignes de largeur; elle est aplatie, et même enfoncée. Au centre est un trou d'une ligne de diamètre, dont le fond est bouché par une substance grise lardacée. Des extrémités des deux diamètres transversal et vertical de la cornée naissent quatre plis ou sillons qui s'étendent sur la sclérotique; ils répondent à l'insertion des quatre muscles droits. La kératite s'est ici terminée par une espèce d'atrophie de l'œil.

Dans les cas où l'humeur aqueuse seule s'écoule, la cornée s'applique sur la face antérieure de l'iris, avec lequel elle contracte des adhérences, ainsi qu'avec la capsule du cristallin.

Enfin il est une dernière terminaison de la kératite aiguë, c'est la gangrène. On en possède peu d'exemples. *Saunders* a fait dessiner, à la fin de son ouvrage sur les maladies de l'œil, un cas de gangrène de la cornée. Cette membrane avait perdu son poli, elle était affaissée, rugueuse et floconneuse, d'une couleur cendrée mêlée de jaune. Dans la figure, on voit une perte de substance de plusieurs lignes de hauteur sur une de largeur, comprenant vers le petit angle de l'œil une partie de la circonférence de la cornée, et produite par la chute d'une escharre gangréneuse. La partie inférieure de cette escharre n'est point encore détachée; elle a une couleur jaunâtre.

B. Travers (*op. cit.*) en rapporte une autre observation. Le siége de la gangrène était aussi près l'ouverture de la sclérotique, et ne comprenait pas toute l'épaisseur de la cornée. La portion mortifiée, en se séparant, laissa une excavation ulcérée, qui se guérit très-bien.

M. *Béclard* m'a dit avoir vu un cas de gangrène de la cornée dans lequel cette membrane fut entièrement détruite et tomba en

escharres, ou lambeaux d'un gris sale et terreux. L'œil se vida complètement.

Un quatrième exemple s'est présenté à la Pitié en 1821. La cornée devint d'un rouge obscur chez un homme d'une quarantaine d'années. Je le perdis alors de vue pendant deux jours. Etant revenu auprès de lui après cet intervalle, je trouvai la cornée convertie en une substance grise noirâtre, et presque diffluente. L'individu mourut. L'examen de l'œil sur le cadavre fit voir que cette membrane était réduite en une sorte de détritus fétide.

Causes. Les causes de la kératite sont locales ou générales. Parmi les premières, qui lui sont communes avec toute espèce d'ophthalmie, je signalerai l'application du mucus de la blennorrhagie sur la conjonctive, et la contusion du globe de l'œil. Dans les secondes, on observe que quelques-unes ont une influence particulière sur l'inflammation de la cornée, tels sont la variole, la rougeole, la scarlatine, le rhumatisme fibreux et la goutte, le scrofule, la siphilis constitutionnelle, l'ophthalmie, qui survient quelquefois pendant le cours de la première dentition, le flux palpébral puriforme.

Chacune de ces causes peut déterminer la kératite sous les trois formes ou degrés dont il a été question; mais, de plus, elles peuvent la produire sous des formes particulières. Ainsi, dans la variole, elle se montre quelquefois sous celle d'une pustule; dans le scrofule, sous celle d'une phlyctène, d'un abcès ou d'un ulcère; car ces maladies ne sont que des résultats divers de la phlegmasie de la cornée.

Prognostic. Le prognostic de la kératite varie d'après le degré et la cause de la maladie. Lorsqu'elle n'est encore qu'au premier degré, et que les symptômes sont modérés, on est fondé, surtout si l'on oppose un traitement convenable, à espérer la résolution. Le ramollissement, au contraire, soit qu'il ait été ou non accompagné d'infiltration purulente, laisse toujours après lui des opacités indélébiles, et dont l'intensité est proportionnelle au nombre de lames qui ont subi l'altération. Je ferai cependant observer que les taches de la cornée

diminuent un peu avec le temps. Dans les cas les plus graves, la perte de l'œil est inévitable : on doit craindre que l'inflammation du globe de l'œil qui l'accompagne ne se propage aux membranes du cerveau.

Ramollissement de la cornée chez les nouveau-nés.

Ce ramollissement diffère tellement de celui qu'on observe chez l'adulte, que je crois devoir l'examiner séparément.

XIVe OBSERVATION (recueillie dans le service M. *Breschet*). *Ramollissement de la cornée chez un nouveau-né; perforation incomplète de la cornée.*

Joseph Paleau, âgé d'un jour, est apporté à l'hôpital des nouveau-nés, le 21 février 1823, présentant une éruption cutanée non encore caractérisée. Quelques jours après, il est pris d'une double ophthalmie puriforme; l'injection de la conjonctive est bornée à la circonférence de la cornée. Bientôt une tache d'un blanc grisâtre se manifeste au centre de cette membrane, et enfin il s'y fait une excavation, qui augmente peu à peu de profondeur. L'enfant meurt le 31 mars, trente-neuf jours après son entrée.

Examen des yeux sur le cadavre. Les conjonctives sont rouges et injectées; la palpébrale offre des granulations. On remarque sur chaque cornée deux cavités en forme de cupule, dont les bords sont coupés perpendiculairement; elles sont remplies d'une substance ramollie grisâtre (espèce de détritus formé aux dépens de la substance de la cornée). Chaque cavité est creusée dans l'épaisseur de la cornée; leur fond est formé par les dernières lames de celle-ci. L'altération s'arrête brusquement à côté d'elle; la cornée est lisse, transparente, et paraît dans son état naturel.

La peau du visage présente quelques boutons rouges; les uns avec un peu de pus au centre, d'autres avec des croûtes. Lorsqu'on les a enlevées, elles laissent une cavité qui, dans quelques endroits,

traversent toute l'épaisseur de la peau, et est remplie de pus épais. L'intestin grêle offre vingt ou trente plaques légèrement en relief, granulées et très-pâles.

XV.e OBSERVATION (recueillie à l'hôpital des nouveau-nés, dans le service de M. *Breschet*, à l'hôpital des Enfans-trouvés, communiquée par M. *Denis*, interne de première classe). *Ramollissement de la cornée chez un nouveau-né.*

Emilie Hamage, (berceau n.° 37), âgée de quatre jours, entrée le 19 mars pour ophthalmie. Morte le 2 avril.

Examen de l'œil gauche après la mort. Conjonctive fortement injectée, avec granulation et épaississement de la palpébrale. Sur le diamètre transversal de la cornée et en dedans, est une élévation, une saillie conoïde de la membrane; cette saillie est arrondie, bien circonscrite, de deux lignes de diamètre. La protubérance qu'elle forme, vue à sa partie antérieure, est translucide, incolore, si ce n'est au centre, où elle présente une petite tache blanche; elle est environnée d'une aréole de même couleur. En touchant avec le scalpel, on enlève facilement une petite pellicule (tégument conjonctival de la cornée) sous laquelle la cornée est ramollie en couches, qui vont en diminuant de largeur de la face antérieure vers la face postérieure de la cornée, de manière à imiter la forme d'un entonnoir. L'iris paraît appliquée derrière l'altération indiquée. La cornée est, dans ce point, d'un gris transparent, pulpeuse.

Face postérieure. On y remarque un point plus transparent, qui répond à la portion malade; il ne reste plus qu'une très-petite partie de l'épaisseur de la cornée. Un léger effort a suffi pour opérer la perforation de cette membrane.

La choroïde, dénuée de *pigmentum*, est incolore, sans aucune apparence vasculaire, très-molle. Le cristallin est sain, presque sphérique, la rétine dans l'état naturel, l'humeur vitrée roussâtre.

XVI.e OBSERVATION. (communiquée par M. *Denis*, interne à l'hôpital des Enfans-trouvés). *Ramollissement particulier aux nouveau-nés.*

Examen anatomique de l'œil après la mort (œil droit de la malade qui fait le sujet de l'observation précédente). La conjonctive est injectée, rouge et épaissie.

La cornée est en tout plus saillante que de coutume, d'une couleur blanc terne, mêlée de filamens rayonnans, blancs, nacrés, et d'interstices gris-brun. En pressant, on voit que cette cornée est très-mince, et même elle se rompt au centre; l'œil est enlevé avec précaution. La cornée, lavée légèrement et examinée, présente un bourrelet comme fibro-cartilagineux, large de deux tiers de ligne, uni à la sclérotique. De ce bourrelet partent un grand nombre de filamens minces qui se rendent au centre de la cornée dans toutes les directions, en s'amincissant de plus en plus. D'autres les croisent en diverses directions, de sorte que la cornée ressemble à un crible. Le centre est si aminci, qu'il se déchire sous le moindre effort. La cornée ne présentait point d'injection appréciable.

XVII.e OBSERVATION (recueillie dans le service de M. BRESCHET). *Ramollissement de la cornée chez un nouveau-né; perforation complète de la cornée; absence de la rétine.*

Adélaïde Kalause, âgée de quatre jours, est apportée à l'hôpital des Enfans-trouvés le 6 février 1823, affectée d'ophthalmie puriforme. Chacune des cornées présentait une tache d'un blanc-gris à son centre; les conjonctives oculaires, rouges et tuméfiées, formaient un léger relief autour d'elles. La tache grise acquit plus de largeur, et fut bientôt remplacée par une excavation à bords perpendiculaires. Enfin, le cinquième jour de l'entrée de la petite malade, on trouva sur sa figure le cristallin du côté gauche, qui était sorti par

une ouverture pratiquée au milieu de la cornée; celle de l'œil droit était aussi perforée. Morte le sixième jour.

Examen des yeux sur le cadavre. — OEil droit. La cornée offre à son centre une ouverture de deux à trois lignes de diamètre. Dans tous ses autres points, elle ne paraît avoir subi aucune espèce d'altération. L'*iris* paraît sain; la choroïde est très-épaisse, d'un rouge obscur, plissée en tous sens, sans *pigmentum*, appliquée contre la *sclérotique*. On ne trouve pas de traces de la *rétine;* on ne voit qu'un globule ou bouton jaune et mat, là où elle commence au nerf optique. *Corps vitré* opaque, consistant, jaunâtre. La lentille cristalline, dure, se rapprochant beaucoup de la forme sphérique.

OEil gauche. Cornée offrant une perforation au centre. *Choroïde* et *iris*, même état que dans l'autre œil. *Corps vitré*, demi-opaque, verdâtre, trouble. Le *cristallin* manque.

Les différences que présente le ramollissement de la cornée chez les nouveau-nés tiennent sans doute à celle de densité de cette membrane, à son état en quelque façon spongieux, dans les premiers temps de la vie. Ce ramollissement se montre presque toujours dans la partie centrale de la cornée. Il commence par une opacité légère; une tache d'un gris-blanc occupe bientôt toute la partie qui doit se ramollir; enfin le tissu de la cornée se convertit en une pulpe gélatiniforme, demi-transparente, qui se détache au fur et à mesure que le ramollissement a lieu, et est entraînée par les mouvemens des paupières. La cornée se creuse ainsi peu à peu; les bords de l'érosion sont ordinairement taillés à pic, l'altération s'arrêtant brusquement à côté d'une partie parfaitement saine. Quelquefois cependant les bords sont plus ou moins aplatis et obliques, de sorte que l'excavation est plus large au-dehors que vers le fond. Dans d'autres cas, c'est le contraire.

Toutes les lames de la cornée sont ainsi successivement détruites de dehors en dedans : cette membrane se trouve percée d'un trou,

par lequel s'écoule l'humeur aqueuse ; l'iris se porte vers l'ouverture, quelquefois il s'y engage. Enfin, si l'altération organique continue, la perforation de la cornée devient assez grande pour donner passage au cristallin, qui est alors chassé ou même lancé hors du globe de l'œil. On a trouvé plusieurs fois à l'hospice des Enfans-trouvés ce corps transparent sur la figure ou les vêtemens du petit malade. D'autres fois l'œil se vide complètement.

Ce qui est très-remarquable dans cette maladie de la cornée, c'est que tout le reste de la membrane éprouve peu de changemens; on n'y observe pas d'injection vasculaire, à peine de l'obscurcissement, même dans les points les plus voisins du ramollissement. La plupart des enfans qui en sont affectés le sont en même temps d'ophthalmie puriforme (ophthalmo-blennorrhée); la conjonctive oculaire est d'un rouge très-vif, un peu épaissie; mais la rougeur et le gonflement ne dépassent point la ligne qui circonscrit la cornée ; la conjonctive palpébrale offre presque toujours de petites granulations miliaires.

Il paraît, d'après la communication verbale que M. le docteur *Breschet* a faite de cette maladie à l'académie royale de médecine (première séance d'avril 1823, sect. de chirurgie), que, dans ces perforations spontanées de la cornée, le globe oculaire prend quelfois une part très-active à la phlegmasie, et que la plupart des tissus intérieurs sont enflammés; telles sont, l'iris, la rétine et la choroïde.

Cette affection est-elle idiopathique? ou bien n'est-elle que le symptôme d'une maladie plus générale? C'est une question qu'il serait difficile de décider. Tous les enfans chez qui on l'a observée ont succombé à d'autres maladies. Les uns sont morts de catarrhe bronchique ou de pneumonie; les autres d'entérite et de mésentérite : sur ces derniers on a quelquefois trouvé le ramollissement gélatiniforme des intestins décrit par M. *Cruvelhier*. D'autres ont péri par la variole, la rougeole, la scarlatine, l'ictère des nouveau-nés, ou l'endurcissement du tissu cellulaire. On n'a point constaté

de rapport entre le ramollissement de la cornée et la siphilis constitutionnelle.

Traitement de la kératite. Il est le même que celui de toute ophthalmie très-aiguë. Il doit éprouver quelques modifications suivant le degré et la cause de la maladie.

Il faut d'abord pratiquer une saignée de bras. Le lendemain, on la réitérera, si l'inflammation n'est pas diminuée. Dans le cas contraire, on appliquera des sangsues à la tempe, autour de l'œil, ou derrière l'oreille. En même temps le malade sera mis à la diète; on entretiendra la liberté du ventre par des minoratifs; l'œil devra être bassiné plusieurs fois dans la journée avec un collyre émollient, tel que la décoction de racine de guimauve. On peut ainsi combattre avantageusement une inflammation modérée.

Si le mal fait des progrès malgré ces moyens, il est alors nécessaire de multiplier les évacuations sanguines : on aura recours particulièrement à la saignée de la veine jugulaire. M. le docteur *Jadelot* en a obtenu un grand effet. On ne doit pas non plus négliger celle de l'artère temporale. Une diète absolue, la soustraction de l'œil au moindre contact du jour, les dérivatifs de toute espèce, et surtout les purgatifs en potion ou en lavement, les bains de pieds sinapisés, les applications nombreuses de sangsues, les cataplasmes sur l'œil fréquemment renouvelés, forment la médication d'une phlegmasie très-intense de la cornée. Quand le ramollissement et la suppuration se sont manifestés, on doit insister sur les mêmes moyens, chercher à calmer les douleurs par l'emploi d'un collyre fait avec l'infusion de safran (℈ j à ʒ ß par ℔ i j d'eau), auquel on ajoutera de vingt à trente gouttes de laudanum liquide de *Sydenham*; par celui de la décoction de têtes de pavots, etc.; de cataplasmes opiacés, que l'on maintiendra continuellement sur l'œil. Lorsque ces topiques n'apportent aucun soulagement, que les douleurs deviennent de plus en plus fortes, que le délire survient, la perte de la vue étant certaine, on doit plonger une lancette ou un bistouri dans la partie la plus élevée de la cornée, et évacuer ainsi une partie des humeurs, afin de pré-

server le malade d'une inflammation du cerveau ou de ses membranes.

Les différentes causes qui peuvent produire la kératite réclament aussi un traitement intérieur propre à combattre chacune d'elles.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ophthalmiâ laborantem alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 17.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

III.

Lassitudines sponte obortæ morbos prænuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet : quæ verò brevi, celeriter. *Ibid.*, *aph.* 7.

V.

Hydropicis ulcera in corpore orta non facilè sanantur. *Sect.* 6, *aph.* 8.

VI.

Solvere apoplexiam vehementem quidem, impossibile : debilem verò, non facile.

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES

SUR

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET LE TRAITEMENT

DE QUELQUES

OPHTHALMIES SPÉCIALES,

SUIVIES

DE PROPOSITIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS.

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 janvier 1837;

Par M.-A.-AMABLE CADE, de Bourg-Saint-Andéol,

Département de l'Ardèche,

Ex-Prosecteur-adjoint à la Faculté de Médecine de Montpellier;
Lauréat du Concours de 1835 dans la section des Sciences médicales;
Membre titulaire de la Société chirurgicale d'Émulation,
et Élève de l'École pratique d'Anatomie et d'Opérations chirurgicales
de la même ville;

DOCTEUR EN MÉDECINE.

Oculus quidem nihil ad vitam facit, sed ad vitam beatam nulla pars facit magis.

BOERHAAVE.

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET Cᵉ,

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1837.

M. — 1837. — N° 26.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD, Suppléant.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DESGENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	FOUQUIER, Examinateur. / BOUILLAUD. / CHOMEL. / ROSTAN, Président.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET, Examinateur. / SANSON (aîné). / ROUX. / VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Professeur honoraire. — M. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE).	MM. JOBERT.
BOUCHARDAT.	LAUGIER.
BOYER (PHILIPPE).	LESUEUR.
BROUSSAIS (CASIMIR).	MÉNIÈRE.
BUSSY.	MICHON.
DALMAS.	MONOD, Examinateur.
DANYAU.	REQUIN, Examinateur.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).	ROYER-COLLARD.
GUÉRARD.	ROBERT, Suppléant.
GUILLOT.	VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Docteur en Médecine;

MON PREMIER MAÎTRE ET MON MEILLEUR AMI.

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Amour! respect! reconnaissance sans bornes!

A MON FRÈRE,

Docteur en Médecine.

A MES SŒURS ET A MA BELLE-SŒUR.

Amitié inaltérable.

AU DOCTEUR DULAC, de Terraube.

Souvenir d'un ami.

M.-A.-A. CADE.

AVANT-PROPOS.

L'origine de l'ophthalmologie se perd dans la nuit des siècles, comme celle de la plupart des sciences d'observation. L'organe de la vision joue un rôle trop important dans cette vie qui nous harmonise avec le monde extérieur, pour que ses maladies n'aient pas de prime abord appelé l'attention du médecin observateur. Cependant, disons-le dans notre orgueil national, c'est en France que le premier signal d'une révolution, d'un progrès en ophthalmologie a été donné, par l'apparition de l'ouvrage de Guillemeau, *Sur les Maladies de l'œil, qui sont au nombre de cent treize;* Paris, 1585. Jusqu'au dix-huitième siècle, le domaine de cette science avait été abandonné, avec une espèce de dédain, à l'exploitation presque exclusive de quelques hommes spéciaux, qui, pour la plupart, renfermés dans leur étroite sphère d'oculiste, possédaient à peine les éléments de la pathologie et de la physiologie générales. Le professeur Scarpa, par la publication de son immortel traité, *Sulle principale malattie degli occhi,* a élevé la pathologie oculaire à la hauteur d'une des branches les plus importantes de l'art de guérir, et alors la France, l'Italie, mais surtout l'Allemagne et l'Angleterre, ont vu surgir de leur sein une foule de monographies et d'écoles ophthalmiques plus ou moins célèbres. Grâce aux laborieux efforts de quelques notabilités chirurgicales de l'époque, la dignité de l'ophthalmologie commence à être mieux comprise en

France, et nous touchons au moment où son ignorance sera une honte pour le médecin, fier de répondre à toute l'étendue de sa sublime mission.

En effet, que de lumières n'est pas appelée à jeter sur le champ encore neuf de l'anatomie pathologique l'étude approfondie des altérations oculaires! Vous trouvez dans l'œil le microscome complet de tous les tissus qui entrent dans la composition de l'organisme : or, est-il chez l'homme un autre organe qui, à raison de son accessibilité et de sa transparence, permette à l'anatomo-pathologiste de suivre plus fidèlement le merveilleux mécanisme, la propagation graduée des phénomènes inflammatoires et sub-inflammatoires? Cette vérité de fait n'avait pas échappé au génie éminemment philosophique du professeur Broussais : « L'étude des phlegmasies de l'œil est une des plus curieuses et des plus instructives, parce qu'elle peut s'appliquer aux inflammations intérieures. » *Cours de pathologie et de thérapeutique générales,* t. 1, p. 278.

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES

SUR

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET LE TRAITEMENT

DE QUELQUES

OPHTHALMIES SPÉCIALES,

SUIVIES

DE PROPOSITIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS.

Il est démontré par l'expérience de tous les jours que dans le traitement d'une ophthalmie, ne s'occuper uniquement que de l'inflammation, concentrer sur elle toutes les ressources thérapeutiques, c'est souvent ne faire que la médecine du symptôme pour laisser subsister tout entière la cause première du mal, c'est imiter la conduite irrationnelle du chirurgien qui, appelé à traiter un phlegmon entretenu par la présence d'une épine, emploierait tour à tour les émissions sanguines, les émollients, les répercussifs, et laisserait dans les tissus la cause permanente de leur inflammation. Quel est le praticien qui n'a pas vu de ces ophthalmies, jusque-là rebelles à tout le cortége des moyens antiphlogistiques, céder tout à coup, comme par enchantement, à une médication spéciale? La spécialité des ophthalmies serait suffisamment établie par cette seule considération de la diversité des résultats thérapeutiques, si elle ne reposait encore sur d'autres bases aussi solides, aussi positives, je veux parler des différences relatives à la forme de l'injection vasculaire, à la marche, à la durée, au pronostic. Examinez deux ophthalmies survenues, l'une chez un individu

sujet aux affections catarrhales, et l'autre chez un rhumatisant. Au premier aspect, vous ne voyez que des yeux rouges, enflammés; mais examinez de près et avec attention, et puis comparez. Que de nuances dans la couleur, la forme, le siége de l'injection vasculaire! Dans le premier, l'injection formée par des vaisseaux flexueux, mobiles, superficiels, siégeant dans la conjonctive, tend à s'étendre de la périphérie du globe oculaire vers la circonférence de la cornée transparente, tandis que dans le second, c'est le phénomène inverse de propagation; la rougeur composée de vaisseaux plus fins, plus rapprochés, parallèles, qui s'irradient tous de la circonférence de la cornée vers celle de l'œil, siége dans la sclérotique et présente une certaine ressemblance avec le disque d'une fleur radiée.

Or, c'est principalement de l'examen comparatif des symptômes anatomo-pathologiques et physiologiques observés dans les diverses ophthalmies, que je tâcherai de faire ressortir la ligne de démarcation qui les sépare, ou, en d'autres termes, leur diagnostic différentiel, sans négliger toutefois les précieuses données fournies par l'étiologie, le pronostic et le traitement.

Ophthalmie catarrhale.

Étiologie. — Mêmes causes extérieures que celle du coryza, de la bronchite, de la diarrhée simple et des autres affections catarrhales.

Symptomatologie. — Signes anatomo-pathologiques. — L'injection vasculaire, d'abord d'un rouge confus, commence par la portion de la conjonctive la plus riche en *villosités*, c'est-à-dire par celle qui recouvre la face postérieure des paupières. Les vaisseaux en sont d'abord parallèles, séparés par des intervalles jaunâtres qui ne tardent pas à être envahis, et s'offrent alors à la loupe sous l'aspect d'un velouté rouge carmin, transsudant comme à travers un crible des gouttelettes de mucosité. Si l'inflammation se prolonge trop longtemps, ce velouté fait place au boursouflement granulaire parfois assez considérable pour

renverser la paupière en dehors (ectropion), ou irriter par un frottement continuel la conjonctive cornéenne, et provoquer la vascularisation sanguine de celle-ci (*pannus*). J'ai constaté très-souvent la coïncidence du pannus avec les granulations des paupières, et la guérison du premier symptôme par la destruction artificielle du second prouve bien évidemment le rapport immédiat d'effet à cause (*blépharite conjonctivale*).

Les vaisseaux palpébraux finissent par franchir le sinus oculo-palpébral et s'épanouissent en bifurcations fines, à une certaine distance de la cornée en dehors de laquelle apparaît une zone blanchâtre due à l'absence de toute vascularisation. Saillants, tortueux, discrets, mobiles, ils siégent dans la conjonctive et diffèrent essentiellement, comme nous l'avons déjà dit, de ceux de la sclérotite, ou ophthalmie rhumatismale. Point de phlyctène, ni d'ulcération dans l'ophthalmie catarrhale simple : ce sont des caractères appartenant à l'ophthalmie catarrho-strumeuse.

Signes physiologiques. — Dès le début, absence de toute sécrétion, espèce de xérophthalmie produite par l'éréthisme des papilles conjonctivales, puis sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, plus apercevable le matin dans toute la continuité du bord libre des paupières, et surtout au grand angle de l'œil où elle est charriée par les larmes, et se présente sous la forme de petites écailles jaunâtres peu adhérentes, et ne laissant après leur chute aucune trace d'érosion comme dans l'ophthalmie scrofuleuse.

La sécrétion des larmes n'est sensiblement augmentée que lorsque l'inflammation trop longtemps prolongée a déterminé le boursouflement, l'obstruction des points lacrymaux ou du canal nasal. Démangeaison pénible, sensation de gravier entre les paupières, absence de photophobie. Exaspération de tous les symptômes vers le soir, et le trouble notable de la vision qui survient à cette époque de la journée, et qu'il faut se garder de confondre avec l'héméralopie, dépend pro-

bablement de la dissémination sur la membrane vitrée du mucus catarrhal augmenté.

Cette ophthalmie, qui offre tant d'analogie avec la simple conjonctivite, en diffère cependant sous le rapport de sa durée, de sa marche irrégulière, de sa facilité à récidiver dans les variations atmosphériques et de ses modes de transformation dont les plus ordinaires sont l'état granuleux des paupières et la blennorrhagie conjonctivale.

Ophthalmie blennorrhagique. — Sous cette dénomination, nous comprenons avec M. Sichel toutes les conjonctivites catarrhales portées au plus haut degré, caractérisées par une hypersécrétion de mucosités puriformes ou même de véritable pus.

Personne n'ignore les nombreuses discussions que l'étiologie de cette redoutable maladie a soulevées dans le sein des écoles. Se propage-t-elle par voie de contagion, par l'application immédiate sur les yeux de la matière gonorrhoïque, ou bien est-elle métastatique d'un écoulement urétral supprimé? l'espace ne nous permet pas de résoudre ces questions. Qu'il nous suffise de reproduire les principales raisons sur lesquelles M. Sichel étaye son opinion, que l'ophthalmie blennorrhagique n'est qu'une conjonctivite catarrhale à son maximum d'intensité. Lorsqu'on observe les épidémies d'ophthalmie qui frappent de vastes hôpitaux, sévissent dans les camps, les corps d'armée, frappent des populations nombreuses, on reconnaît que les affections catarrhales, la toux, le coryza dominent; les simples conjonctivites abondent d'abord, et l'ophthalmo-blennorrhée vient plus tard. Si nous consultons les auteurs qui ont écrit sur la mémorable ophthalmie d'Égypte, Desgenettes, Larrey, Veth, nous les verrons tous affirmer que l'affection sévissait particulièrement chez les individus qui, après les grandes chaleurs du jour, s'exposaient à l'air froid et à l'humidité des nuits. Si nous observons la marche de l'ophthalmie catarrhale chronique, nous pourrons fréquemment saisir la transition de la simple conjonctivite à la blennorrhagie. Ainsi nous avons vu quelquefois le velouté de la conjonctive palpébrale passer à la granulation, produire alors une secrétion puri-

forme plus ou moins abondante, véritable commencement d'ophthalmo-blennorrhée, revenir à la simple sécrétion catarrhale, s'exaspérer de nouveau, et passer enfin à la blennorrhagie confirmée. (*Gazette médicale*, 20 août 1836.)

Symptomatologie. — Nous la trouvons tout entière dans le fait suivant, que nous avons recueilli à la clinique de M. Sichel, le 16 août 1836. Marianne Parmageon, âgée de trente-cinq ans, d'une faible constitution, nourrissait de son lait depuis deux ou trois jours un enfant atteint de l'ophthalmie des nouveau-nés, lorsque tout à coup elle éprouve le matin à son lever une extrême difficulté à séparer les deux paupières de l'œil gauche, agglutinées par le produit concrété de la sécrétion muqueuse; plus tard ses paupières se tuméfient, son œil ressemble, dit-elle, à une cerise pourrie et rognée, la vision se trouble; l'aversion de la lumière, la douleur sont intolérables, et des flots de pus inondent son visage. Un médecin se borne à lui prescrire un collyre dont j'ignore la composition, et, au bout de dix jours, son œil tombe en fonte, se vide, la cécité devient complète, et aujourd'hui, troisième jour, l'on n'aperçoit dans l'orbite qu'un moignon informe, opaque, blanchâtre, au milieu duquel proémine une tumeur grise, bosselée (*atrophie de l'œil, staphylôme de l'iris, suites d'une blennorrhagie oculaire*).

L'œil droit, pour lequel elle vient consulter, est atteint depuis quinze jours de la même affection, et offre les symptômes suivants: La conjonctive oculo-palpébrale, singulièrement boursouflée, repousse les paupières en dehors, et forme autour de la cornée un bourrelet d'un rouge pourpre, couvert de granulations et de fongosités; une ulcération large, profonde, entourée d'une zone opaque, à bords irréguliers, à fond blafard et purulent, existe à la partie supérieure du segment interne de la cornée, qui conserve sa transparence dans sa moitié externe. Au bas du miroir de l'œil s'aperçoit une petite plaque d'un blanc laiteux, que M. Sichel a d'abord attribuée à un épanchement de pus dans la chambre antérieure (hypopion); mais l'aspect de quel-

ques traînées blanches de pus interposées dans les lamelles de la cornée, et faisant communiquer l'ulcère supérieur avec le dépôt inférieur, est venu rectifier cette erreur de diagnostic, et la tache cornéenne a été attribuée à un *onyx*, ou épanchement interlamellaire de la cornée (*kératite interstitielle*).

Tout le bulbe oculaire est comme noyé au milieu d'un flux épais, verdâtre, qui coule sur la joue correspondante excoriée. Cuisson insupportable, altération notable de la vue, ophthalmospasme et photophobie intense (*diagnostic, blennorrhagie oculaire compliquée de kératite, de sclérotite ou d'iritis*).

Prescription : Saignée de quatre palettes, injections fréquentes d'eau tiède sur l'œil ; quinze gouttes de teinture de semence de colchique, à prendre en quatre fois dans un verre d'eau sucrée ; frictions sus et sous-orbitaires avec l'onguent napolitain additionné d'extrait de belladone ; collyre d'acétate de plomb très-chargé.

21 août. Exaspération notable de tous les symptômes, l'onyx menace d'envahir toute la cornée, vous diriez le bulbe oculaire transformé en un vaste foyer pyogénique ; perte presque complète de la vision. (Saignée de trois palettes.

℞ Calomel. . . . . gr. vj
Soufre doré d'antimoine. gr. vj
Magnésie calcinée. . . . . ʒ ß
Gomme arabique. . . . . ʒ j

Faites vingt-quatre paquets à prendre, quatre par jour, dans quatre verres d'eau sucrée ; continuer les frictions et le collyre).

24 août. Amendement notable de tous les symptômes, du chémosis, de l'onyx, de la photophobie, etc. (Décoction de polygala senega ʒ j pour une pinte d'eau ; purgatif, emplâtre de Janin entre les épaules.)

29 août. L'amélioration a fait de grands progrès ; des bourgeons charnus, visibles à la loupe, se développent sur le fond de l'ulcère, qui secrète un pus plus louable et moins copieux ; le boursouflement san-

guin de la conjonctive s'est sensiblement affaissé; l'épanchement interlamellaire est presque résorbé; en un mot, tout annonce une prochaine guérison. (Instiller trois fois par jour deux gouttes de laudanum pur de Sydenham entre les paupières.) J'ai perdu de vue cette malade, qui, je crois, n'est plus revenue à la consultation gratuite.

Nous regrettons de n'avoir pu observer cette formidable affection à son début, qui, d'après le dire de la malade, paraît avoir été pour l'œil droit celui d'une conjonctivite catarrhale.

De toutes les ophthalmies spéciales, la mieux caractérisée, la plus facile à reconnaître, est sans contredit l'ophthalmie blennorrhagique. Deux symptômes, pour ainsi dire particuliers à cette affection, la signalent d'abord; la formation du chémosis ou bourrelet autour de la cornée, et un flux palpébral puriforme très-abondant.

Il est heureux qu'on puisse assez facilement reconnaître cette ophthalmie, car de toutes les inflammations de l'œil il n'en est pas de plus désorganisatrice. L'œil gauche de notre malade nous en offre un terrible exemple; en quelques jours il y a eu perforation de la cornée, évacuation des humeurs intra-oculaires, prolapsus de l'iris, perte absolue de la vision. J'ai vu dans un grand hôpital de Paris cette ophthalmie déterminer en vingt-quatre heures la fonte suppuratoire de l'œil, perforer la membrane vitrée, et détruire à jamais la faculté de voir chez une jeune fille de seize ans!

Quant au chémosis, qui accompagne constamment l'ophthalmie blennorrhagique et qui peut se développer dans le cours de toute autre conjonctivite sur-aiguë, il importera de ne pas le confondre avec le chémosis œdémateux, non inflammatoire, qui n'est qu'une simple infiltration séreuse de la conjonctive : celui-ci est indolent et cède avec une promptitude merveilleuse à l'action d'un collyre astringent, comme j'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'observer à la clinique de M. Sichel; tandis que le premier, caractérisé par l'intensité de la rougeur et de la douleur, réclame impérieusement toute l'énergie d'un traitement antiphlogistique.

Ophthalmie scrofuleuse.

Il n'est pas de phlegmasie oculaire plus commune que l'ophthalmie strumeuse, surtout à Paris où se trouvent réunies toutes les conditions qui président au développement du vice scrofuleux; et, cependant, malgré cette fréquence, à combien de descriptions contradictoires n'a pas donné lieu la symptomatologie de cette affection! La raison de cette dissidence parmi les ophthalmographes tient, sans contredit, à ce que la plupart d'entre eux ont méconnu l'existence des *ophthalmies combinées*. C'est ainsi qu'ont pris pour type de l'ophthalmie scrofuleuse, les uns, l'ophthalmie catarrho-strumeuse; les autres, l'ophthalmie scrofulo-rhumatismale. Essayons de répandre quelques lumières sur ce point un peu confus de la pathologie oculaire.

Caractères anatomo-pathologiques. — C'est vers les angles de l'œil, ordinairement l'interne, que se montre l'injection qui, à un premier degré, consiste en une rougeur sous-conjonctivale, pâle, de forme triangulaire, dont la base est près du bord de la cornée. A un second degré, les vaisseaux microscopiques de cette rougeur deviennent variqueux, saillants, parallèles, et se terminent brusquement par leur base renflée à une papule ou pustule jaunâtre, non loin de la cornée, et par leur sommet à la commissure des paupières. La pustule s'excorie et dégénère en un ulcère à bords irréguliers et fongueux. Quand la membrane vitrée est envahie par la sub-inflammation, elle perd sa transparence et laisse voir à la loupe des myriades d'abcès superficiels, assez semblables à une poussière fine d'argent répandue sur sa surface (kératite granulée ou *granular cornea* de Ware et Wardrap). Ces granulations que M. Lepelletier a cru avoir observées le premier, s'élèvent peu à peu et se transforment en des phlyctènes ou des pustules, selon la constitution plus ou moins lymphatique du sujet. Si un traitement énergique ne vient enrayer leur marche progressive, les

premières se rompent, excorient, amincissent l'épaisseur de la cornée, jusqu'à ce que, réduite à sa lamelle la plus interne ou à la membrane de Démours, elle cède à l'effort expulseur de l'humeur aqueuse, et vienne former une tumeur connue sous le nom de kératocèle ou staphylôme de la cornée. Les secondes, tendant à gagner plutôt en profondeur qu'en largeur, sont bientôt suivies d'une perforation de la cornée et d'une procidence de l'iris (staphylôme de l'iris).

Symptômes physiologiques. — La vision conserve son intégrité tant que la cornée est intacte; mais celle-ci une fois atteinte par les granulations, il y a obstacle plus ou moins grand à la transmission des rayons lumineux. Larmes claires, chaudes, irritantes et corrosives; absence de douleur, de photophobie, de blépharospasme, dans le cas de conjonctivite strumeuse simple. M. Sichel, qui insiste beaucoup dans ses leçons sur ces derniers signes négatifs, contre l'autorité de la plupart des ophthalmologistes, nous a mis à même de constater sur un grand nombre d'ophthalmies scrofuleuses la justesse de son assertion. Toutes les fois que vous observerez la coïncidence de la photophobie avec cette affection, cherchez à vaincre la résistance des paupières fermées, examinez l'œil avec attention, et constamment vous trouverez ou l'injection péricornéenne, signe caractéristique d'une complication de kérato-sclérotite, ou un changement de couleur dans l'iris, premier symptôme d'iritis.

Un caractère essentiel de l'ophthalmie strumo-rhumatique, consiste dans une rémission de tous les symptômes vers le soir : on voit les enfants, après le coucher du soleil, quitter les coins obscurs où ils s'étaient blottis, tristes, chagrins, acariâtres pendant le jour, reprendre alors leurs jeux bruyants.

Quand l'injection catarrhale vient s'enter sur l'ophthalmie scrofuleuse, alors surviennent un larmoiement importun, une hypersécrétion de mucosités, une augmentation des symptômes vers le soir et autres caractères de la conjonctivite catarrhale.

Cela posé, il devient facile d'expliquer pourquoi les auteurs ont

placé au nombre des signes pathognomoniques de l'ophthalmie scrofuleuse, les uns la photophobie et la rémission des symptômes vers le soir, les autres l'épiphora, la supersécrétion muqueuse et l'exaspération des symptômes au coucher du soleil.

Dans l'affection scrofuleuse de l'œil, il est une dépendance de cet organe sur laquelle se concentre le plus fréquemment toute son opiniâtre chronicité; ce sont les glandes de Meïbomius, situées dans l'épaisseur des cartilages tarses. De l'orifice de ces follicules, il s'échappe une certaine quantité de matière jaunâtre, concrescible et s'agglomérant à la racine des cils sous la forme de grains de sable durs et extrêmement adhérents. Au réveil les paupières sont collées. Ces croûtes, après un certain intervalle de temps, tombent et entraînent les pointes des cils à leur suite, laissant à leur place une érosion superficielle, qui gagne en profondeur et finit par déterminer la mortification du bulbe ciliaire et la perte irréparable des cils (ptylosis). Tant que son follicule n'est pas altéré, la chute du cil n'est que momentanée, et il ne faut pas perdre espoir de le voir reparaître, en cherchant à arrêter les progrès de l'ulcération. Je ne perdrai jamais le souvenir d'une jeune demoiselle qui se présenta au dispensaire du docteur Carron du Villards, étrangement défigurée par l'absence des cils, et qui les recouvra presqueen totalité après deux mois de traitement par la cautérisation *en nappe* du bord palpébral avec le nitrate d'argent.

Si l'on porte le bout du doigt sur les cartilages tarses, on sent les glandes de Meïbomius indurées, renflées, formant une espèce de corde noueuse ou en chapelet (ptylosis).

La marche lente de cette affection, son siége excessivement rapproché du bord libre tarsal, son peu de douleur empêchent de la confondre avec l'orgeolet ou furoncle des paupières.

Ce n'est pas tant sur l'intensité de la rougeur sous-conjonctivale que sur l'état de la cornée ou de l'iris affectés que doit se mesurer la gravité du pronostic de l'ophthalmie scrofuleuse.

Taies, albugo, leucoma, perforation de la cornée, staphylôme et

adhérences de l'iris, perte de la vue, telles sont les lésions, incurables pour la plupart, qu'entraîne à sa suite l'ophthalmie scrofuleuse, mal traitée ou abandonnée à elle-même. Il est un autre mode de terminaison, rare à la vérité, mais fort curieux, sur lequel j'ai publié un article dans la *Gazette médicale* (14 mai 1836), je veux parler de la xérophthalmie, décrite par Travers, en 1826, sous le nom de *cutilar conjunctivæ* (*synopsis of the diseases of the eye;* London, p. 120). Dans cette altération, la cornée transparente est recouverte comme d'une pellicule pulvérulente, sèche, opaline, et a perdu beaucoup de sa sensibilité; elle peut supporter sans douleur, et presque sans incommodité, le contact du doigt promené sur sa surface. Toute sécrétion lacrymale ou conjonctivale a cessé pour cet œil, qui ne s'humecte pas même sous l'impression irritante des pellicules d'ognon introduites entre les paupières. La vue, qui ne s'opère qu'à travers un brouillard, devient plus distincte lorsque l'œil est humecté par un liquide quelconque; les paupières sont renversées en dehors et ne peuvent complétement se fermer, malgré les efforts contracteurs du muscle orbiculaire; les points lacrymaux sont oblitérés. Travers, Bénédict, ont attribué la cause de cette singulière affection à l'oblitération des conduits excréteurs de la glande lacrymale; M. Magendie, à une altération profonde de la branche ophthalmique de la cinquième paire. Sans nier le plus ou le moins d'influence de ces diverses causes, je crois avoir démontré, par l'examen des signes anamnestiques et anatomiques, que la xérophthalmie par moi observée était le résultat d'une conjonctivite strumeuse chronique.

J'ai ouï dire qu'un jeune chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait pratiqué dans le cours de l'année dernière l'excision d'un faisceau vasculaire scrofuleux, pris pour un ptérygion. Comme une erreur de ce genre peut ne pas être sans inconvénient, nous allons poser ici les signes différentiels de ces deux symptômes anatomiques.

Le ptérygion qui, d'après M. le professeur Sanson, n'est autre chose qu'une hypertrophie partielle de la conjonctive, s'offre sous l'apparence d'un muscle membraneux triangulaire, dont le sommet, empiétant sur la cornée, s'y termine à une ou deux lignes en dedans de

son bord, sous la forme d'un ligament aponévrotique, tandis que sa base charnue correspond vers la circonférence, ou plutôt vers le grand angle de l'œil. Dans le faisceau vasculaire de l'ophthalmie lymphatique, c'est l'inverse : la base du triangle est sur le bord de la cornée ou sur la sclérotique, et le sommet vers la commissure des paupières; les vaisseaux sont plus gros et aboutissent à une pustule caractéristique.

L'ophthalmie scrofuleuse n'aurait-elle pas son siége dans les vaisseaux et glandes lymphatiques de l'appareil oculaire? Personne ne révoque en doute l'existence de ce genre de vaisseaux dans l'épaisseur de la conjonctive oculo-palpébrale, et M. Cruveilhier s'est assuré de eur plus grande fréquence dans la membrane *adnata* ou feuillet cornéen. Aussi est-ce sur la cornée que l'affection scrofuleuse sévit de préférence, comme j'ai eu de nombreuses occasions de l'observer à l'Institut ophthalmique de Paris, situé dans le quartier humide, populeux et nécessiteux de la Cité.

Pourquoi cette couleur pâle des faisceaux vasculaires; pourquoi leur direction plus fréquente de la caroncule lacrymale à une pustule ou à une papule; pourquoi ces épanchements miliaires d'une teinte argentine sous la conjonctive de la cornée; pourquoi cette induration fréquente des glandes de Meïbomius, tout autant de symptômes particuliers à l'ophthalmie scrofuleuse, ne se présentent-ils pas dans toute autre phlegmasie de la muqueuse oculaire? Voilà des questions dont la solution semblerait, selon moi, déposer en faveur de l'existence d'une adeno-lymphatite de l'œil. Au reste, je ne donne ici cette simple présomption que pour ce qu'elle vaut, sans avoir l'intention de nier en aucune manière la spécificité de cette inflammation.

Ophthalmie rhumatismale ou conjonctivo-sclérotite.

Étiologie. — Impression d'un air froid et humide, automne; prédisposition aux affections rhumatismales articulaires.

Caractères anatomiques. — L'injection vasculaire se présente sous la forme d'un double disque radié, excentrique à la cornée, dont l'un variant du carmin pâle jusqu'au rouge bleuâtre, siége dans la sclérotique, et se compose de vaisseaux fins, rectilignes, parallèles, fixes, sans anastomoses, se termine à deux ou trois lignes en dehors de la cornée par une pointe très-déliée; l'autre, conjonctival, plus superficiel, apparaissant en dernier lieu, offre la même disposition rayonnée, avec cette différence que ses vaisseaux sont plus longs, flexueux, mobiles, d'un rouge cinabre et anastomosés.

Bientôt la conjonctivite cornéenne se soulève et présente une foule de vésicules miliaires, qui se rompent, laissent écouler une goutte de sérosité limpide, et sont remplacées par des facettes lisses, diaphanes, donnant à la cornée l'aspect d'un cristal ciselé. C'est à cet ulcère, désigné par les auteurs sous le titre d'*ulcère brûlant*, que M. le professeur Velpeau donne la dénomination d'*épicauma*.

Caractères physiologiques. — Sensations de brûlure, larmoiement très-abondant, mais surtout horreur de la lumière; la contraction spasmodique du muscle orbiculaire est tellement puissante sous l'impression du fluide lumineux, que si vous cherchez à la vaincre en tiraillant les deux paupières en sens opposé, vous voyez l'œil rouler convulsivement dans l'orbite, jusqu'à ce qu'il ait caché la cornée transparente pour n'opposer au jour que sa surface opaque. C'est cette extrême aversion de la lumière qui constitue la *photophobie* (φῶς, lumière, φοβος, crainte).

Ces signes, que M. Sichel considère comme pathognomoniques de la sclérotite (voyez sa *Thèse*, 1833, Paris), M. Velpeau nous les décrit dans ses leçons et ses ouvrages comme accompagnant constamment la kératite interstitielle, ou inflammation du tissu même de la cornée (voyez l'excellent article CORNÉE du *Dictionn.*, en 25 vol.). J'ai suivi les cliniques ophthalmiques de la Charité et du dispensaire, et j'ai pu me convaincre, grand nombre de fois, au lit du malade, que le double anneau radié péricornéo-sclérotidien, la photophobie et le blépharos-

pasme, coïncidaient également et avec l'inflammation de la cornée et avec celle de la sclérotique. J'avais cru pendant longtemps que la kératite, consécutive à la sclérotite, était toujours le résultat de la propagation de celle-ci par voie de contiguïté, et l'espèce de contradiction entre deux praticiens, dont le talent d'observation en ophthalmologie ne saurait être nullement contesté, avait cessé d'en être une à mes yeux. Mais le hasard ayant conduit à la consultation même de M. Sichel deux hommes sur la cornée desquels une petite paillette de fer venait de s'incruster, j'ai acquis la certitude que la kératite primitive déterminait des symptômes, soit anatomiques, soit physiologiques, en tout identiques avec ceux de l'ophthalmie rhumatismale ou conjonctivo-sclérotite. Dès lors, mêmes difficultés, même embarras, mêmes recherches de ma part. Je crois enfin avoir trouvé la clef du problème dans un passage de la thèse de M. Giraldès, où il prouve que la cornée et la sclérotique de nature fibreuse ne sont que les modifications d'une même membrane; « ce qui les a fait distinguer l'une de l'autre, c'est qu'au premier abord la cornée semble enchâssée dans la sclérotique à la manière d'un verre de montre, et que, par une coupe verticale, elle marque une séparation de tissu entre ces deux parties: c'est aussi parce qu'on parvient à la détacher à l'aide de tractions un peu fortes. Mais tout cela ne prouve point qu'elle soit formée par un tissu de nature différente; sa transparence est due à la disposition des fibres qui la composent, et à la plus grande quantité de liquide qu'on y rencontre. On sait que M. Chevreuil a démontré que les tissus sont plus ou moins transparens, plus ou moins élastiques, suivant qu'ils perdent ou acquièrent une plus grande quantité de liquide. La séparation de la cornée à l'aide de tractions s'explique très-bien par une densité plus grande dans les deux parties. Il y a plus, on suit très-bien la continuation des fibres de la cornée avec la sclérotique; la dessiccation ne nous donne aucune différence entre elles. Chez le fœtus, on peut à peine les différencier l'une de l'autre, et l'anatomie comparée montre enfin, d'une manière assez évidente, que l'une n'est qu'une modification de l'autre. » (*Études anatomiques ou recherches sur l'organisa-*

tion de l'œil, considéré chez l'homme et chez quelques animaux. Paris, décembre 1836, p. 16.)

Si donc il reste établi que latrame des tissus cornéen et sclérotical est de même nature, continue de toute part, alimentée par les mêmes vaisseaux, séreux, limpides, inappréciables dans l'un, à cause de leur extrême divisibilité, et rosés, visibles dans l'autre, à cause de leur plus grand volume, faudra-t-il être surpris que l'inflammation de deux parties d'un tissu identique provoque des symptômes essentiellement identiques, à quelque légère différence près, selon le siége du mal? En effet; qu'une cause irritante agisse primitivement ou sur la cornée ou sur la sclérotique, elle devra toujours déterminer la congestion première des vaisseaux les plus dilatables, les plus riches en hématosine, c'est-à-dire ceux de la zone péricornéo-sclérotidienne, *la trop grande ténuité de calibre des vaisseaux cornéens s'opposant au passage des globules sanguins;* et une preuve bien frappante de la vérité de cette dernière raison, c'est l'afflux des globules sanguins dans les vaisseaux blancs de la cornée *frappée de ramollissement.* Plutôt que d'admettre la continuité, si probable, des vaisseaux de la sclérotique avec ceux de la cornée, iriez-vous supposer la formation spontanée de vaisseaux rouges dans le tissu cornéen? Par le temps qui court, de pareilles entités ne peuvent plus satisfaire les exigences d'un esprit sévère et positif.

Or, la présence du cercle vasculaire péricornéen, constatée par MM. Velpeau et Sichel dans les cas isolés de kératite et de sclérotite, suffira seule pour expliquer la coexistence du phénomène photophobique dans ces deux affections essentiellement identiques selon nous, et qui ne se distinguent que par le point de départ. En effet, il est hors de doute que la double couronne radiée péricornéenne est due à l'hypérémie des artères ciliaires de la sclérotique, qui, s'anastomosant avec celles de la conjonctive, se perdent dans la cornée, le *ligament ciliaire* et l'iris. Si donc le ligament ciliaire, traversé en outre par les nombreux nerfs ciliaires, est le centre premier du mouvement fluxionnaire inflammatoire dans toute kérato-sclérotite, on conçoit combien

douloureuse devra être toute traction exercée sur cette partie de la sclérotique devenue éminemment sensible. Or, la pupille se contracte-t-elle sous l'influence de la lumière, il y a tiraillement concentrique du ligament ciliaire, dans la circonférence duquel est enchâssée l'iris, et, par suite, douleur intolérable, aversion extrême du grand jour ou photophobie. La pupille se dilate-t-elle lors du passage de l'individu dans un lieu sombre et obscur, il y a relâchement de la membrane irienne, cessation de traction du ligament ciliaire, et, par suite, absence de douleur.

Instillez quelques gouttes d'une solution d'extrait de belladone entre les paupières, le malade supportera sans souffrir l'action du grand jour, tant que l'ouverture pupillaire restera dilatée ; mais à peine l'action momentanée de ce narcotique est-elle épuisée, que l'iris se contracte, tiraille le ligament ciliaire, et le blépharospasme photophobique survient. Peut-on voir des rapports plus immédiats de cause à effet ? Que l'on soumette ces faits au contrôle sévère de l'expérience, et l'on sera convaincu.

M. Sichel donne une tout autre explication de la coïncidence du symptôme photophobique avec l'injection sclérotidienne. Saunders avait expliqué l'amblyopie amaurotique qui accompagne si souvent la choroïdite par la compression que les vaisseaux engorgés de celle-ci exercent sur la rétine : « The retina cannot suffer compression either « from the turgid vessels of the choroides or from the matters effused « from the without, immediate danger of the destruction of its sense » (*A Treatise on some practical points relating to the diseases of the eye*, by Saunders; London, 1816, préf., p. 41). M. Sichel a invoqué, au contraire, la pression, l'étranglement concentriques de la sclérotique engorgée sur la rétine, pour expliquer l'irritation de celle-ci, et la photophobie qui en est le résultat. Tout en applaudissant à l'ingénieuse théorie de l'auteur anglais, nous sommes loin d'admettre celle de notre ancien maître, laquelle, spécieuse de prime abord, ne saurait soutenir l'examen de la réflexion. En effet, si la photophobie était le résultat d'une compression rétinienne, pourquoi cette irritation si vive, cette

douleur si intolérable au grand jour, s'évanouirait-elle comme par enchantement dans un jour plus sombre et plus obscur ? Pourquoi l'instillation dans l'œil de quelques gouttes d'une solution belladonnée permettrait-elle à cet organe, qui tout à l'heure se convulsait au contact d'un faible rayon de lumière, de supporter un instant après, avec calme et sans douleur, l'impression momentanée des rayons solaires ? Est-ce que par hasard l'absence de la lumière, les préparations *narcotiques* (c'est avec intention que nous appuyons sur ce dernier mot), jouiraient du merveilleux privilége de décongestionner la sclérotique, de faire disparaître la vascularisation péricornéenne, cause mécanique de l'irritation de la rétine ?

Et d'ailleurs, comment M. Sichel nous expliquerait-il la rareté du phénomène photophobique dans les cas de choroïdite, où, certainement, la rétine est on ne peut plus immédiatement comprimée (voyez son Mémoire de la choroïdite, dans le *Journal hebdomadaire*, novembre 1836).

De la discussion dans laquelle je viens d'entrer découlent les conséquences suivantes : 1° que c'est toujours par le ligament ciliaire, anneau fibreux constitué par le rapprochement des lamelles du tissu cellulaire sous-sclérotidien ou membrane d'Arnold, que débute le phénomène le plus évident de l'inflammation de la membrane cornéo-sclérotidienne, soit que la cause irritante agisse primitivement ou sur la cornée ou sur la sclérotique, soit qu'elle affecte simultanément ces deux portions de la membrane fibreuse oculaire; 2° que, la même cause produisant toujours les mêmes effets, l'engorgement du cercle ciliaire provoquera constamment la photophobie, et dans les cas de kératite, et dans ceux de sclérotite, et, *à fortiori*, dans ceux de kérato-sclérotite; 3° que la kératite de M. Velpeau et la kératite de M. Sichel ne sont que deux variétés de l'ophthalmie rhumatismale ou inflammation du tissu fibreux de l'œil.

Existe-t-il une différence entre la kérato-sclérotite traumatique et la kérato-sclérotite spontanée survenue chez un individu frappé d'une affection rhumatismale ? Je réponds hautement par l'affirmative, et

c'est à la solution de cette question si importante sous le point de vue thérapeutique que je vais consacrer quelques lignes.

Quelques ophthalmologistes très-distingués persistent à rejeter la spécificité de l'ophthalmie rhumatismale, sous prétexte qu'elle se présente avec le même cortége de symptômes anatomiques que la kérato-sclérotite traumatique. Si la kérato-sclérotite, qui se developpe sous l'influence d'une constitution atmosphérique froide et humide, ou chez un individu déjà atteint de rhumatisme articulaire, était de même nature que la kérato-sclérotite traumatique, elle devrait avoir la même marche, la même durée, et céder au même traitement. Eh bien, que l'on compare ces deux affections, dont le siége, les phénomènes extérieurs sont identiques. L'ophthalmie traumatique suit très-régulièrement ses périodes d'augment, d'état, de déclin, communes à la généralité des simples phlegmasies. L'ophthalmie rhumatismale est irrégulière dans sa marche, elle cesse et reparaît, diminue et se ranime tour à tour plusieurs fois dans son cours. La première, une fois guérie, n'a aucune tendance à la récidive, et il faut un nouvel accident pour la reproduire; la seconde, au contraire, se fait remarquer par ses fréquentes recrudescences, parce qu'elle a un de ses éléments d'existence ou dans la constitution générale de l'individu, ou dans les conditions atmosphériques, hygiéniques, au milieu desquelles il se trouve placé.

Mais ce sont surtout les résultats divers d'un traitement identique qui sont bien propres à établir la ligne de démarcation. J'ai eu l'occasion d'observer quatre cas de kérato-sclérotite traumatique produites par l'introduction d'un corps étranger dans les lames superficielles de la cornée, et toutes quatre, après l'extraction du corps étranger, ont cédé avec une merveilleuse promptitude à l'action de quelques antiphlogistiques locaux. Pourquoi n'en a-t-il pas été de même pour plus de quarante faits d'ophthalmies rhumatismales par moi recueillis dans les mêmes cliniques? Pourquoi celles-ci ont-elles constamment réclamé pour leur guérison complète le concours d'autres médications spéciales? C'est, avouons-le, parce qu'il y avait quelque chose de

plus que de l'inflammation dans ces ophthalmies; et peu importe que vous appeliez l'inconnue du problème ou un élément rhumatismal, avec la célèbre école de Montpellier, ou une altération de sang, avec le docteur Roche, de Paris; toujours est-il qu'elle résiste plus ou moins à une médication exclusivement antiphlogistique. Qu'il me soit permis de citer entre autres un fait bien propre à jeter la conviction dans un esprit libre de tout joug systématique; je l'ai recueilli à la consultation du docteur Sichel.

Piquet, âgé de cinquante-cinq ans, affecté d'une inflammation oculaire après avoir été inutilement soumis pendant un mois à l'usage exclusif des antiphlogistiques, dans un des premiers hôpitaux de Paris, s'est décidé à venir réclamer le 8 août 1836 les soins du professeur d'ophthalmologie. L'œil (mes notes n'indiquent pas lequel) présente les symptômes suivants : autour de la cornée on aperçoit une zone vasculaire de deux lignes de largeur, d'un rouge bleuâtre, disposée en lignes radiées, rectilignes et siégeant dans la sclérotique. Près du centre de la cornée parcourue par quelques vaisseaux très-déliés, très-superficiels, existe une ulcération lisse, diaphane et visible seulement quand elle est examinée de profil. Aversion extrême de la lumière, larmoiement abondant clair comme de l'eau de roche; la vision s'opère comme à travers l'épaisseur d'une noire fumée.

Interrogé sur la cause présumée de son ophthalmie, le malade répond qu'elle est survenue spontanément, que d'ailleurs il jouirait d'une bonne santé s'il n'avait à se plaindre de quelques douleurs *articulaires*, surtout dans les variations froides et humides de l'atmosphère.

Diagnostic. — Kérato-sclérotite rhumatismale.

Prescription : 1° une saignée de quatre palettes; 2° se purger avec une once et demie de sulfate de soude; 3° se frictionner trois fois par jour avec gros comme une noisette d'onguent mercuriel additionné de parties égales d'extrait de belladone; 4° prendre quatre fois par jour, dans un verre d'eau mucilagineuse, vingt gouttes de teinture de

semence de colchique d'automne ; 5° se couvrir tout le corps de vêtements de flanelle.

Piquet a suivi ponctuellement cette ordonnance où l'affection spécifique n'a pas été oubliée comme à l'hôpital, et le quatrième jour, plus de quarante élèves du dispensaire ont été, comme moi, témoins de l'amélioration notable survenue dans l'œil malade dont la guérison a été complète le huitième jour. Le rapport de cause à effet est ici de la dernière évidence. *Sublatâ causâ, tollitur effectus.* Cet adage, aussi vieux que le monde, est ici d'une vérité qui écrase l'homme à système.

Pronostic. — L'ophthalmie rhumatismale déjoue les pronostics du médecin le plus habile par l'étonnante irrégularité de sa marche. C'est lorsque vous vous bercez de l'espoir d'une prompte guérison que cette phlegmasie, véritable protée, s'exaspère soudain par un changement survenu dans l'atmosphère, au point de compromettre gravement le précieux sens de la vue, tandis que, sous de plus salutaires influences, elle passe brusquement de l'état le plus désespéré à celui d'un heureux amendement.

Lorsqu'on réfléchit aux nombreuses voies de communication que les vaisseaux et nerfs ciliaires établissent entre la sclérotique et l'iris, l'on ne doit pas être surpris de la facilité avec laquelle l'inflammation de la première de ces membranes se propage à la seconde.

Le caractère le plus frappant qui traduit la phlegmasie de l'iris, consiste en un changement de couleur survenu à sa face extérieure, et qui varie selon sa coloration primitivement normale. Ainsi l'iris bleu prend une teinte de *vert brillant*, l'iris d'un brun foncé ou noir revêt une couleur rougeâtre sanguine ou briquetée, et l'iris clair gris devient verdâtre ou jaune de Sienne. Il importe de savoir bien apprécier au début ces variétés, afin de prévenir, par une médication énergique, la formation si rapide de l'épanchement fibro-plastique ; et, pour moins s'y tromper, il sera très-utile de faire l'examen comparatif de l'œil sain avec l'œil malade.

Si l'hypérémie fait des progrès, l'iris se trouble et ne tarde pas à perdre la belle disposition de ses fibres, si appréciables à l'état physiologique. Bientôt sa surface et le rebord pupillaire se couvrent de stries blanchâtres, floconneuses, d'efflorescences villeuses, sécrétées par la membrane de Demours, visibles à l'œil nu et mieux encore à l'œil armé d'une lentille à grossissement. La pupille devient immobile, fortement contractée, irrégulière et de *forme perpendiculairement ovalaire*, selon l'assertion de Beer, de Muller et de M. Sichel, ardent défenseur des idées allemandes.

MM. Sanson et Velpeau ne cessent dans leurs cours de s'élever avec force contre cette prétention de vouloir baser le diagnostic différentiel des diverses espèces d'iritis sur les diverses déformations de la pupille, et le professeur de la Charité a montré à sa clinique plusieurs malades chez lesquels la même pupille offrait successivement les formes de l'iritis syphilitique, arthritique, scrofuleuse et rhumatismale.

M. Sanson dont le nom fait autorité en ophthalmologie, attribue ces irrégularités de la pupille par suite d'iritis à deux causes, savoir, à la rigidité communiquée par l'état inflammatoire à certaines fibres plutôt qu'aux autres ou à des adhérences établies entre la circonférence de la pupille et la capsule du cristallin.

Considérations générales sur la thérapeutique des ophthalmies spécifiques.

Une grave question se présente d'abord. Faut-il attaquer sur-le-champ la cause première de la maladie? Faut-il s'attacher à combattre l'inflammation? On ne doit pas hésiter à se prononcer en faveur de la seconde proposition; en voici le motif. Lorsqu'une inflammation attaque un organe quelconque de l'économie, si, quelque vive qu'elle soit, elle ne dure qu'un temps limité et se termine par résolution, il n'en reste pour l'ordinaire aucune trace. Mais il n'en est pas de même de l'ophthalmie: non-seulement il convient d'agir de manière que le feutrage organique reste dans son intégrité, mais il faut que les mi-

lieux translucides de l'œil conservent leur propriété ; or, souvent bien peu de chose suffit pour qu'ils perdent cette précieuse qualité de donner passage à la lumière. Une inflammation oculaire, vive et prolongée, guérit quelquefois à la longue, malgré un traitement irrationnel, mal conçu, mal combiné, dirigé sans expérience ; l'organe est pour ainsi dire intact ; mais une taie, un leucoma, une légère adhérence de la marge pupillaire de l'iris à la capsule du cristallin, etc., existent ; dès lors la vision est troublée, imparfaite et parfois totalement abolie. Posons donc ici, pour règle générale, que, dans toute ophthalmie spéciale, même bien caractérisée, il convient de combattre l'inflammation par tous les moyens les plus convenables, d'en diminuer l'acuité, de la réduire enfin à ce point que les résultats n'en soient plus à craindre pour l'acte physiologique de la vision. Ceci obtenu, on pourra recourir ensuite au traitement propre à détruire le principe même de l'ophthalmie. Cette règle de pratique paraît simple et vulgaire ; mais, qu'on ne s'y trompe pas, son infraction est cependant des plus dangereuses.

Ophthalmie catarrhale. — A moins qu'elle ne soit très-aiguë, rarement elle réclame l'emploi des antiphlogistiques. Quelques collyres astringents administrés dès le début, suffisent le plus souvent pour faire avorter le travail inflammatoire. Je n'ai pas été peu étonné de voir au dispensaire des conjonctivites catarrhales, après avoir été inutilement et douloureusement combattues en ville à coups de saignées et de vésicatoires, céder comme par enchantement à l'instillation plusieurs fois répétée des solutions d'acétate de plomb, de sulfate de zinc, de nitrate d'argent, etc.

Cependant si l'ophthalmie se montrait rebelle aux topiques astringents, il faudrait déterminer une révulsion sur le tube intestinal dont la muqueuse a des liens de continuité avec la muqueuse oculaire.

La principale médication générale consiste à se soustraire aux influences extérieures catarrhales, au froid et à l'humidité, et à faire usage par conséquent de vêtements de laine en contact immédiat avec

la peau; ils ont l'immense avantage en outre de provoquer par leurs aspérités une irritation, un surcroît d'activité dans la circulation capillaire du système cutané, et par suite une dérivation continuelle très-avantageuse.

Ophthalmie blennorrhagique. — Le moindre retard dans l'administration d'un traitement énergique pouvant être suivi des accidens les plus fâcheux, il ne faut pas hésiter à mettre à contribution les moyens les plus héroïques; débuter par une large saignée du bras ou du pied poussée jusqu'à la syncope; sangsues nombreuses derrière les oreilles; purgatifs drastiques; collyres astringents très-chargés; injections fréquentes pour prévenir l'action si corrosive du pus sur la cornée; cautérisation avec le nitrate d'argent du gonflement granuleux palpébral, et enfin lorsque l'hypersécrétion purulente résiste à tous ces agents thérapeutiques, exciser à l'exemple de M. Sanson, avec des ciseaux courbes sur le plat, l'organe sécréteur, c'est-à-dire toute la conjonctive oculo-palpébrale. Le savant professeur de la Pitié est tellement convaincu de l'efficacité de ce moyen violent et de sa prééminence sur tous les autres, que s'il rencontrait un cas dans lequel le gonflement des paupières fût tel qu'il rendît leur écartement impossible, il n'hésiterait pas à fendre leur commissure externe pour faciliter cet écartement et l'application du procédé (voyez art. OPHTHALMIE du *Dictionn.* en 15 vol. p. 204.) M. Ricord nous disait dans ses leçons sur les maladies syphilitiques qu'il n'en viendrait à cette extrémité que dans le cas de chémosis, afin de prévenir la gangrène de la cornée que pourrait déterminer la trop forte compression de ses vaisseaux par le bourrelet muqueux.

M. Pamard, d'Avignon, n'a eu qu'à se louer de l'emploi du calomel jusqu'à dose salivante, dans une infinité de phlegmasies oculaires, et surtout dans la blennorrhagie conjonctivale. (Voyez son beau *Mémoire de Clinique ophthalmique* dans la *Revue médicale*, t. III, p. 206. 1834.)

Aujourd'hui qu'on n'accorde plus la même crédulité aux sympathies métastatiques de la muqueuse urétrale avec la muqueuse oculaire, l'on

a généralement fait justice du conseil donné par quelques oculistes de rappeler l'écoulement de l'urètre, supprimé par l'introduction du muco-pus de l'œil dans le canal.

Ophthalmie scrofuleuse. — Période aiguë. — Saignée du bras ou du pied, ventouses scarifiées à la nuque, sangsues à la région mastoïdienne; frictions sus-orbitaires avec l'onguent mercuriel, auquel on associe la belladone, ou la jusquiame noire s'il y a photophobie ou complication de kérato-sclérotite. Purgatifs, calomel jusqu'à dose de ptyalisme, bains de pieds à l'eau de cendre.

Lorsque la période aiguë est tombée, un des points sur lesquels ont le plus insisté les médecins oculistes, c'est de savoir rendre à l'œil son excitant naturel, la lumière, dont une privation trop prolongée aurait l'inconvénient d'exalter sa sensibilité. Collyre de borax très-étendu, collyre de sublimé, pommade de tartre stibié entre les épaules, ou séton à la nuque; mais il est infiniment rare que ce dernier moyen soit nécessaire. Chez les enfants d'un an à quinze mois, M. Carron du Villards fait raser la partie supérieure du cuir chevelu, et la fait frictionner avec la pommade d'Autenrieth jusqu'à éruption de pustules. J'ai été témoin de quelques-uns des succès surprenants de ce pareil mode de dérivation.

Dès que tout danger imminent de compromettre l'organe de la vue a été détourné, il faut chercher à consolider la guérison, à modifier par un traitement convenable la prédominance du système lymphatique. Nous n'aurions pas assez de plusieurs volumes pour exposer la simple énumération des arcanes que l'empirisme ou de fausses théories ont préconisés tour à tour contre cette dyscrasie générale; contentons-nous de rappeler ici comme remèdes les plus rationnels et les plus efficaces la tisane de houblon, de gentiane, de brou de noix; les sels de fer, le carbonate de potasse, l'hydrochlorate de baryte, ceux de chaux, d'ammoniaque; les antimoniaux, les préparations iodurées, les bains de mer, de rivière; l'habitation dans des lieux élevés, secs, aérés, exposés aux rayons solaires; les vêtements de flanelle, les exercices

gymnastiques, une alimentation saine et nutritive, l'usage du vin, de la bière, etc.

Dans les cas d'ophthalmie catarrho-strumeuse, le collyre d'acétate de plomb, dans le principe, et, plus tard, celui de sulfate de zinc, compléteront le traitement.

Nous parlerons ailleurs des moyens à employer contre les ulcérations si fréquentes de la cornée.

Quant à la *blépharite scrofuleuse*, le traitement général ou interne doit être le même que celui de l'ophthalmie de même nature; mais le traitement local diffère beaucoup. Ici, les sangsues sont inutiles; mais tout ce qui peut exciter le système lymphatique est excellent. Les frictions d'onguent napolitain, pratiquées sur les paupières, et non plus sur le front, les pommades iodurées de précipité rouge, de nitrate d'argent, produisent d'excellents résultats, étendues à la dose d'un grain sur le bord libre des paupières.

Ophthalmie rhumatismale ou *kérato-sclérotite*. — Saignées locales et générales, répétées sans relâche jusqu'à ce que le travail inflammatoire rétrocède; tartre stibié à haute dose, uni à l'opium; calomel jusqu'à salivation; frictions sus et sous-orbitaires d'onguent mercuriel, additionné de parties égales d'extrait de belladone, pour calmer la douleur photophobique. Les exutoires, conseillés par tant d'ophthalmologistes, n'auraient d'autre résultat ici que de faire souffrir inutilement les malades. Les collyres seraient plutôt nuisibles qu'utiles; mais il est surtout une partie du traitement sur laquelle on doit insister, c'est celle qui s'adresse à l'affection rhumatismale. M. Sichel préconise beaucoup, à cet effet, la teinture de semence de colchique, et sa conviction sur son efficacité est aujourd'hui si solidement établie, qu'il se croirait coupable de négliger ce moyen dans les cas de sclérotite rhumatismale. On se sert aussi avec succès de la poudre de calomélas unie au soufre doré d'antimoine et à la résine de gayac, de la poudre de Dower et autres diaphorétiques.

Si l'ophthalmie rhumatismale se compliquait de l'injection catarrhale

ou scrofuleuse, l'on ne négligerait pas, dans le traitement, de tenir compte de ces diverses complications.

De tous les agents pharmaceutiques à mettre en usage contre la complication redoutable de l'iritis, à quelque degré qu'elle soit parvenue, le plus efficace, le plus héroïque (après la saignée, selon nous), c'est le calomel, porté jusqu'au ptyalisme et uni à l'opium, pour prévenir l'effet purgatif. Telle est la conclusion que M. Pamard, d'Avignon, et M. Nichel, de Lyon, ont été autorisés à déduire d'une nombreuse série de faits recueillis et publiés par eux dans les journaux de médecine. (*Revue médicale*, 1834. — *Gazette médicale*, 31 déc. 1836.)

C'est surtout ici que l'on aura souvent recours aux frictions palpébrales et aux instillations même de belladone dans les yeux, afin de prévenir ou de détruire, par une dilatation artificielle de la pupille, les adhérences de l'iris à la cornée ou à la capsule du cristallin.

Nous avons vu que les ophthalmies rhumatismale, blennorrhagique et scrofuleuse, déterminaient souvent des ulcérations de la cornée. Ceux de la première sont à fond lisse et transparent, et sont heureusement modifiés par le contact d'un pinceau imbibé de laudanum de Sydenham ; ils s'exaspèrent toujours par les collyres de nitrate d'argent, ou la cautérisation immédiate avec le même caustique. Il n'en est pas de même des ulcères fongueux et purulents des deux dernières, dont la cautérisation par le nitrate constitue le remède par excellence ; elle doit être continuée jusqu'à ce que le fond de l'ulcère devienne légèrement rosé après la chute d'une escarre; alors la loupe laisse apercevoir la formation de petits bourgeons charnus, qu'il faut bien se garder de détruire par de nouvelles applications de la pierre infernale.

Nous avions préparé le diagnostic différentiel de l'amaurose, de la cataracte, du glaucôme et du fongus médullaire de la rétine, mais une force majeure nous oblige à ajourner la publication de ce travail.

PROPOSITIONS SUR LES ACCOUCHEMENTS.

I.

L'eau de Seltz est un excellent moyen à opposer aux vomissements sympathiques des premiers temps de la grossesse.

II.

Il n'y a indication de recourir au seigle ergoté dans les cas d'extrême lenteur du travail, que lorsque l'inertie de la matrice dépend d'un état d'atonie de faiblesse de l'organe gestateur épuisé par des contractions trop longtemps prolongées, et que les parties, tant du côté de la mère que du côté de l'enfant, sont convenablement disposées pour que l'accouchement puisse se terminer par expulsion. C'est à l'infraction de cette règle qu'il faut attribuer les terribles accidents qu'entraîne l'administration de ce remède entre les mains d'une matrone ignorante. L'état pléthorique de l'utérus, le trop grand volume de la tête du fœtus, l'intégrité des membranes amniotiques, la rigidité du col utérin, sont autant de causes qui peuvent affaiblir ou suspendre les contractions utérines, et qui néanmoins contre-indiquent hautement l'emploi du seigle ergoté. (*Leçon chimique d'accouchement de* M. P. Dubois.)

III.

Tout en admettant que les présentations occipito-postérieures sont moins favorables à la terminaison spontanée de l'accouchement que les présentations occipito-antérieures, et entraînent une plus grande longueur de travail, en raison de la surface plus étendue que l'occiput

doit parcourir, je regarde comme exagérée l'opinion émise par un auteur d'obstétrique, que ces présentations exigent le plus souvent l'application du forceps.

IV.

La compression de l'aorte abdominale, combinée avec une position convenable, l'introduction de la main dans l'utérus, et l'emploi du seigle ergoté, me paraît devoir être préférée à tous les autres moyens conseillés pour arrêter les pertes de sang qui peuvent suivre l'accouchement.

V.

La congestion cérébrale chez une femme pléthorique, la paralysie et la rupture de la vessie distendue par la trop longue rétention des urines, la déchirure de l'utérus, sont autant d'accidents, la plupart mortels, qui peuvent accompagner l'accouchement même naturel ou spontané, et que peut seul conjurer le médecin-accoucheur instruit et habile.

VI.

Chez les enfants nouveau-nés, la pleuro-pneumonie est loin de se traduire par des symptômes aussi caractéristiques que chez l'adulte, elle existe à l'état latent, pour me servir de l'expression de Laennec. C'est alors que l'auscultation et surtout la percussiôn thorachiques deviennent d'un avantage immense pour le diagnostic. Je suis convaincu que l'oubli ou l'ignorance de ces méthodes d'investigation doit faire grand nombre de victimes dans cette classe d'êtres végétatifs, sur lesquels on n'est réduit à faire bien souvent qu'une médecine purement hippiatrique.

DE L'EMPLOI

DE L'EXCISION ET DE LA CAUTÉRISATION

A L'AIDE DU NITRATE D'ARGENT FONDU

DANS

L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE;

DISSERTATION SUIVIE D'UN CAS REMARQUABLE DE NÉVROSE DU POUMON, ET DE L'HISTOIRE DE QUATRE VIDANGEURS ASPHYXIÉS DANS UNE FOSSE D'AISANCES (GAZ SULFHYDRIQUE), RAMENÉS A LA VIE EN LEUR FAISANT RESPIRER DU CHLORE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,

PAR E.-F. JULLIARD, de Genève,

Ancien Chef de clinique de l'Administration des hôpitaux à l'Hôtel-Dieu (service des maladies des yeux de M. *Sanson*); Docteur en Chirurgie et en Médecine de la Faculté de Paris; Élève Lauréat de la même Faculté.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1835.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	GRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / GERDY, Examinateur.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER, Examinateur. / BOUILLAUD, Président. / CHOMEL, Suppléant. / ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET, Examinateur. / DUPUYTREN. / ROUX. / VELPEAU.
Clinique d'accouchemens	DUBOIS (Paul).

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Bricquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin-Solon, Examinateur.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Royer-Collard.
Dubled.	Sanson (aîné), Examinateur.
Guérard.	Sanson (Alphonse).
	Trousseau, Suppléant.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A M. DUPIN,

Docteur en Chirurgie ; Membre de la Faculté de Médecine de Genève.

A M. PRÉVOST,

Docteur en Médecine de la Faculté d'Édimbourg ; Membre de la Faculté de Médecine de Genève.

A M. SANSON,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris; Fondateur d'une Clinique ophthalmo-gique dans le même établissement; Membre titulaire de l'Académie royale de Médecine ; Chevalier de l'Ordre royal de la Légion-d'Honneur, etc.

MES MAÎTRES ET PROTECTEURS.

E.-F. JULLIARD , D. M. P.

DE L'EMPLOI

DE L'EXCISION ET DE LA CAUTÉRISATION

A L'AIDE DU NITRATE D'ARGENT FONDU

DANS

L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE;

DISSERTATION SUIVIE D'UN CAS REMARQUABLE DE NÉVROSE DU POUMON, ET DE L'HISTOIRE DE QUATRE VIDANGEURS ASPHYXIÉS DANS UNE FOSSE D'AISANCES (GAZ SULFHYDRIQUE), RAMENÉS A LA VIE EN LEUR FAISANT RESPIRER DU CHLORE.

Causes de l'ophthalmie blennorrhagique.

Les causes auxquelles les auteurs rattachent le développement de l'ophthalmie blennorrhagique peuvent être rapportées aux trois chefs suivans : à l'inoculation, à la métastase, et à la liaison sympathique qui existe entre la muqueuse uréthrale et celle qui revêt la face interne des paupières et le globe de l'œil.

Inoculation. On peut pratiquer l'inoculation de la matière prove-

nant d'une blennorrhagie uréthrale dans deux circonstances différentes : on peut appliquer sur la muqueuse palpébro-oculaire d'un individu affecté de blennorrhagie la matière provenant de l'écoulement uréthral dont il est actuellement affecté ; ou bien on peut pratiquer cette inoculation chez un individu qui n'est pas actuellement atteint d'urétrite, ou chez lequel l'écoulement blennorrhagique ne s'est pas supprimé depuis un court espace de temps. On concevrait qu'il peut y avoir quelque différence dans les résultats de cette inoculation : en effet, dans le premier cas, l'individu sur l'œil duquel la matière blennorrhagique est inoculée est sous l'influence qu'une urétrite pût exercer sur l'économie, tandis que dans le second il est exempt de maladie. Cette distinction est en outre importante à établir relativement à l'étiologie de la maladie. Il est bien évident, en effet, qu'il ne peut y avoir eu de métastase que dans le cas où le malade atteint d'ophthalmie blennorrhagique avait une gonorrhée. Mais avant d'examiner comment les choses se passent dans les deux circonstances que nous venons d'indiquer, il importe de juger une opinion partagée par un assez grand nombre d'auteurs qui font autorité en médecine.

Astruc, *Beer*, *Richter*, *Scarpa*, *Jüngken*, tout en reconnaissant que l'on peut donner lieu au développement d'une ophthalmie en inoculant dans l'un des deux yeux la matière provenant d'une blennorrhagie virulente dont le même individu est actuellement affecté, admettent que, dans ce cas, l'ophthalmie qui se développe est légère et cède à une médication peu énergique ; mais cette opinion ne saurait plus être admise aujourd'hui, parce qu'elle est démentie par des faits très-nombreux. (Obs. III, IV, VI, VII, VIII.)

Richter ne paraît pas partager cette manière de voir. En effet, cet auteur, admettant comme un fait résultant de l'observation, que l'ophthalmie blennorrhagique peut bien quelquefois se développer par une infection locale, ne dit pas si dans ce cas l'ophthalmie est moins grave que celle qui succède à la suppression de la blennorrhagie ; remarque que cet observateur exact n'aurait pas manqué de

faire, si ce fait se fût présenté à son observation. (Tom. III, pag. 64.)

Relativement au premier point, savoir si un individu actuellement atteint de gonorrhée, ou chez lequel cet écoulement a cessé depuis un court espace de temps, peut, en s'inoculant la matière provenant de la blennorrhagie dont il est affecté, donner lieu au développement d'une ophthalmie blennorrhagique, on ne saurait révoquer le fait en doute un seul instant. M. *Lawrence* rapporte, dans son Traité des maladies vénériennes des yeux, quelques observations, desquelles il résulte que dans cinq cas telle fut la cause de l'ophthalmie. Deux lui ont été communiquées par M. *Wardrop*.

Dans le premier cas, l'inoculation eut lieu au moyen des doigts imprégnés de matière blennorrhagique; dans le second, il s'agit d'un soldat atteint de gonorrhée, qui avait contracté l'habitude de se laver les yeux avec son urine. On trouve d'autres exemples rapportés par les auteurs.

IIIe OBS. « Adolescens quidam dudùm consueverat singulo mane « oculos abstergere urinâ suâ calente, ut oculorum firmaret aciem. « Post contractam ex infortunio gonorrhœam virulentam, à consueto « usu minimè abstinuit, nihil mali sibi indè metuens... Urina tamen « virulentis miasmatis inquinata labem eamdem cum conjunctivâ et « palpebris citò communicavit, quâ genitalium interiora affecta erant; « undè ophthalmia gravis et venerea, cum acri et involuntario la- « chrymarum et lippitudinis fluxu, quæ ambo iisdem remediis tan- « dem perfectè curata fuerunt, quibus ipsa gonorrhœa. » (*Astruc*, page 192.)

IVe OBS. Un jeune homme atteint de blennorrhagie était occupé à se nettoyer la verge, lorsqu'une goutte du fluide gonorrhéique jaillit dans son œil gauche, qui devint le siége d'une violente inflammation; l'œil droit ne participa en aucune manière à la phlegmasie. (*Mackenzie*, p. 366.)

V^e^ obs. Un commis de bureau, croyant se servir de son mouchoir, s'essuya les yeux avec un linge dont il s'était quelque temps auparavant enveloppé la verge; il fut atteint d'une ophthalmie blennorrhagique. (*Archives*, t. XXVII, p. 90.)

Second cas. 1° L'application de la matière puriforme qui s'écoule par l'urèthre peut-elle donner lieu au développement de l'ophthalmie blennorrhagique, si on l'inocule chez un individu qui ne soit pas affecté de gonorrhée?

VIe obs. « On connaît des exemples d'infection directe et primitive « exercée par la membrane conjonctive, et ils sont peut-être plus « nombreux qu'on ne pense. Nous connaissons celui d'une femme « jeune et bien portante, qui, s'étant lavé les yeux avec de l'eau de « *Goulard* et une éponge qui servait fréquemment à la toilette d'un « jeune homme affecté de gonorrhée syphilitique, contracta tout « aussitôt une ophthalmie des plus aiguës, qui entraîna rapidement « la perte d'un œil, détermina des ulcérations, un engorgement des « ganglions jugulaires, symptômes qui ne purent être dissipés que « par un traitement mercuriel. Les cas de cette espèce sont bien plus « fréquens qu'on ne pense, comme nous croyons en avoir acquis la « certitude par un grand nombre d'observations. » (*Delpech*, Clinique chirurg., t. 1, p. 318.)

VIIe obs. Une dame âgée se lava la figure avec une serviette dont son fils, atteint de gonorrhée, s'était servi quelque temps auparavant. Une ophthalmie purulente se déclara subitement, et détruisit l'œil en peu de jours. (*Wardrop*, cité par *Lawrence.*)

VIIIe obs. Une blanchisseuse, occupée à laver des linges imprégnés de matière gonorrhéique, et ayant porté les doigts à ses yeux, fut bientôt affectée, peu d'heures après, d'une ophthalmie puriforme qui détruisit les deux yeux. (*Idem.*)

M. *Bacot* rapporte deux autres cas semblables aux précédens.

2° Le pus qui s'écoule d'un œil affecté d'ophthalmie blennorrhagique a-t-il la propriété de faire naître une ophthalmie de même espèce chez un individu sain d'ailleurs?

IXe OBS. « Un jeune homme courant la poste ayant une blennorrhagie, celle-ci s'arrête, et il se manifeste un suintement aux paupières d'un œil, frappé sans doute de débilité par l'action du froid. « Les deux yeux sont lavés avec la même éponge : irritation et suintement à l'œil du côté opposé. La mère du jeune homme, âgée de « quatre-vingts ans, vertueuse, habitant la campagne, et à l'abri de « tout soupçon, ayant lavé les deux yeux de son fils, et essuyant en « même temps les larmes des siens, fut prise de la même affection. » (*Chaussier*, Cours de physiologie, obs. citée par M. *Pigou*, thèses de la Faculté, 1806, n° 81, p. 8.)

X^e^ OBS. Un jeune homme de dix-sept ans fut affecté de blennorrhagie, et peu après d'une ophthalmie blennorrhagique; son jeune frère, âgé de quatorze ans, en fut également affecté. Ce dernier couchait dans la même chambre que son frère, et se servait du même vase et de la même serviette pour se laver et s'essuyer la figure. (*Mackenzie*, d'après le docteur *Allan*, p. 366.)

XIe OBS. Mademoiselle C***, âgée de dix-sept ans, donnant des soins à un étudiant atteint d'une ophthalmie blennorrhagique, contracta le second jour une ophthalmie de même nature que celle de son amant. Je pus me convaincre que les organes génitaux étaient parfaitement sains, et qu'elle n'avait pas eu de cohabitation avec son amant depuis son infection; la jeune personne n'était revenue de chez ses parens qu'après l'éruption de l'ophthalmie. J'employai dès le début de l'ophthalmie les injections d'eau styptique de Bath coupée avec de l'eau simple; elles arrêtèrent toute formation pyogénique:

le boursoufflement disparut, et la malade fut rapidement guérie. (Obs. comm. par M. *Carron du Villards.*)

Nous considérons donc comme des faits d'observation, 1° que l'inoculation de la matière blennorrhagique ou de celle qui s'écoule d'un œil affecté de blennorrhée gonorrhéique peut devenir la cause du développement d'une ophthalmie particulière ; et 2° que l'ophthalmie à laquelle elle donne naissance peut être assez grave pour entraîner la perte de l'œil.

Les expériences du docteur *Welch* n'infirment en rien ces conclusions.

Il nous reste maintenant à examiner jusqu'à quel point il est exact de considérer l'inoculation comme étant la cause la plus fréquente de l'ophthalmie blennorrhagique. *Wardrop*, *Watson*, *Velpeau*, *Dupuytren*, *Demours*, le docteur *Mélier*, n'hésitent pas à assurer que le plus souvent telle est la cause de l'ophthalmie. M. *Dupuytren* dit que la plupart des faits qui se sont présentés à son observation dépendaient presque tous de l'inoculation. M. *Watson* considère comme une chose probable que l'application du virus sur l'œil est la cause du développement de l'affection (page 196). M. *Wardrop* n'a jamais observé un seul cas d'ophthalmie blennorrhagique qui n'ait pas été causé par l'inoculation. M. *Velpeau, à force de recherches et de questions,* est toujours parvenu à se convaincre que les malades qui prétendaient ne s'être pas inoculés la matière de l'écoulement se trompaient ou en imposaient. M. le docteur *Mélier,* ayant acquis la certitude que dans un cas un homme a pu communiquer à son épouse, parfaitement saine d'ailleurs, une gonorrhée extrêmement grave, et cela par de simples attouchemens, pense que l'ophthalmie blennorrhagique est due à une cause semblable. (*Note communiquée.*) Si l'on interroge les malades avec soin, on pourra dans presque tous les cas arriver à découvrir qu'ils ont porté les doigts à leurs yeux. Quand bien même on ne pourrait pas constater ce fait, il serait encore possible que l'ophthalmie pût être rattachée à cette cause, soit parce que les malades ne se rappellent pas cette circonstance, soit que l'inoculation ait été effectuée

à l'insu des malades pendant le sommeil. Si l'on considère toutes *les précautions innombrables* qu'il faudrait prendre pour que cette inoculation fût *absolument* impossible, on est forcé de convenir qu'il est très-peu de personnes, si toutefois il en est, qui se rendent ainsi esclaves d'elles-mêmes, d'autant plus que les gens du monde, ainsi que beaucoup de médecins, sont bien éloignés de croire qu'une imprudence de cette nature puisse avoir des suites aussi fâcheuses. Si l'incurie des malades rend l'inoculation extrêmement vraisemblable, il est d'autres circonstances qui ne semblent pas permettre de se refuser à admettre que telle soit, le plus souvent du moins, le mode de propagation de cette affection. On sait que dans le plus grand nombre des cas d'ophthalmie blennorrhagique un seul œil est affecté (*Beer, Jüngken, Rosas, Stœber*). On a remarqué encore que le droit l'était plus souvent que le gauche (*Rosas*). On sait en outre qu'il est excessivement rare que dans l'ophthalmie catarrhale les deux yeux ne soient pas malades à la fois et simultanément (*Beer, Jüngken, Rosas, Sam. Cooper*). Le docteur *Wetch* estime que dans cette ophthalmie on ne rencontre pas une fois sur mille un seul œil affecté. Or, si l'on admet que l'ophthalmie blennorrhagique soit due à une métastase, ou qu'elle soit causée par la liaison sympathique qui existe entre l'œil et l'urèthre, ce fait, qu'un seul œil est affecté dans le plus grand nombre des cas, est tout à fait inexplicable. On ne conçoit pas, en effet, comment il peut arriver qu'une métastase de la matière de l'écoulement uréthral n'ait pas son siége dans les deux yeux à la fois; comme aussi l'on ne peut comprendre qu'il n'y ait qu'un seul de ces deux organes qui sympathise avec l'urèthre. Que si on rattache l'ophthalmie à l'inoculation, ce fait en apparence si bizarre s'explique très-bien, l'ophthalmie affectant l'œil sur la membrane muqueuse duquel la matière blennorrhagique a été inoculée. On a cru élever une objection grave en avançant que si l'inoculation était la cause de l'ophthalmie, cette affection devrait être infiniment plus fréquente, puisqu'il n'est presque pas d'individus qui ne s'exposent plus ou moins à contracter la maladie par cette voie; mais je ferai observer que cette même objection peut être mise en

avant, quelle que soit d'ailleurs la cause à laquelle on rattache l'ophthalmie blennorrhagique. Si l'on prétend, par exemple, qu'elle se développe en raison de la sympathie qui existe entre l'œil et la muqueuse uréthrale, il est tout aussi extraordinaire de ne pas observer plus fréquemment cette ophthalmie, en la rattachant à cette cause, que si l'on admet qu'elle se développe par inoculation ; il en sera de même relativement à la métastase. On se demande comment il arrive qu'un si grand nombre de blennorrhagies se suppriment brusquement sans qu'il en résulte le moindre accident. Nous voyons donc que, quelle que soit d'ailleurs la cause à laquelle on rattache le développement de l'ophthalmie blennorrhagique, l'objection, si c'en est une, persiste dans toute sa force ; car il est bien constant que les causes qui donnent lieu au développement de cette affection sont excessivement fréquentes, et l'ophthalmie très-rare, quoi qu'on en dise.

Or, dans cet état de choses, nous pensons que dans les cas où il peut y avoir sujet de doute sur son mode de développement, il est plus logique et plus conforme à l'observation de rattacher l'ophthalmie blennorrhagique à une cause que, dans beaucoup de circonstances, nous sommes forcés d'admettre. Car, soit que l'on explique le développement de cette affection en admettant qu'il y a une métastase ou bien liaison sympathique entre l'urèthre et la muqueuse oculaire, on sera toujours obligé, dans un très-grand nombre de cas, de reconnaître que l'inoculation a été la cause déterminante sous l'influence de laquelle elle s'est développée. Les praticiens qui adoptent cette manière de voir ne font donc que généraliser un fait bien constant d'observation.

* *

Métastase. Quant à la métastase, je dirai d'abord que des observateurs très-exacts, parmi lesquels je citerai MM. *Sanson* et *Lawrence*, n'ont jamais rencontré dans leur pratique *un seul cas* d'ophthalmie blennorrhagique dans lequel l'écoulement uréthral fût complètement supprimé. M. *Sanson*, dans des cas où l'on n'aurait pas manqué de dire que la gonorrhée était supprimée, a toujours pu ramener quel-

ques gouttes de pus, en prenant la précaution d'exercer sur l'urèthre une pression d'arrière en avant, et en commençant sur un point reculé de ce canal. J'ajouterai, en second lieu, qu'il est beaucoup de cas dans lesquels la gonorrhée persiste également intense; qu'on la voit dans quelques cas, rares à la vérité, prendre une intensité nouvelle sous l'influence de l'ophthalmie (*Boyer*, t. V, p. 377). D'ailleurs on peut, sans recourir à une métastase, expliquer d'une manière très-satisfaisante, et toute physiologique, la suppression totale ou seulement la diminution de l'écoulement blennorrhagique. *Vacca Berlinghieri* fait remarquer avec raison que la diminution ou la suppression de la gonorrhée n'est pas une preuve de rétropulsion ou d'absorption du virus (p. 81). On sait, en effet, que si dans le cours d'une maladie il se développe une affection plus grave sur un autre point de l'économie, cette dernière, appelant à elle une somme plus grande de vitalité, pourra, dans beaucoup de cas, exercer une diversion heureuse sur la maladie qui existait déjà. Ainsi *Boyer* admet que dans le cas d'inoculation la suppression de la gonorrhée a souvent lieu, mais qu'alors elle est l'effet de l'irritation de l'œil (p. 377). Si cette explication était fondée, on devrait considérer l'ophthalmie comme étant la cause de la suppression de la gonorrhée, au lieu de considérer cette dernière comme donnant lieu au développement de la première. Il y aurait ici une véritable révulsion : cette révulsion serait d'autant plus facile, que l'on remarque souvent que l'ophthalmie se développe quand la blennorrhagie tend déjà à sa fin, ou qu'elle a été peu intense. On conçoit qu'il suffise dans ce cas d'une affection nouvelle pour mettre fin à une maladie déjà ancienne (*Delpech*). Toutefois, il ne faut pas attacher à cette idée plus d'importance qu'elle n'en mérite : dans certaines circonstances, on voit, comme l'observe M. *Dupuytren*, l'inflammation appeler l'inflammation. C'est ainsi que les brûlures déterminent presque constamment une irritation plus ou moins vive du canal intestinal.

Malgré cela, nous ne pensons pas que l'on doive rejeter entièrement ce mode de développement de l'affection ; car, ainsi que l'observe M. *Del-*

pech, « personne ne peut nous dire ce que la nature peut ou ne « peut pas faire ; il s'agit seulement d'apprendre par l'observation la « plus exacte ce qu'elle fait réellement. » On possède un assez grand nombre d'observations desquelles il semble résulter qu'il a pu y avoir une métastase (obs. XIII). Ce point de doctrine est, comme on sait, fort obscur, et hérissé de difficultés de tout genre; aussi ne doit-on se prononcer qu'avec beaucoup de réserve. Je ferai observer, toutefois, que l'inoculation ayant, *presque certainement*, eu lieu dans tous les cas que l'on rattache à une métastase, on peut admettre que peut-être telle a été la cause des accidens qui se sont développés. Je demanderai aux personnes qui admettent la métastase si, en interrogeant le malade, elles sont entrées dans tous les petits détails que comporte le sujet. Je suis intimement convaincu que plus on apportera de soins et de tact dans la manière d'interroger les malades, plus on verra diminuer le nombre des cas que sans cela on aurait rattachés à une métastase.

M. *Ribes* rapporte l'observation suivante, qui tendrait à faire croire que dans un cas il peut y avoir eu une sorte de métastase.

XIIe OBS. « Une personne avait une gonorrhée qui coulait abondam- « ment depuis deux mois, lorsque tout à coup l'écoulement se suppri- « ma, et il survint une ophthalmie violente qui résista pendant quinze « jours à tous les remèdes antiphlogistiques qu'on lui opposa. L'oph- « thalmie s'étant dissipée, la gonorrhée reparut peu de temps après; « elle disparut de nouveau, et l'ophthalmie revint avec la même inten- « sité que la première fois. La gonorrhée et l'ophthalmie se succédèrent « ainsi alternativement pendant quatre mois; et, lorsque je vis le « malade pour la première fois, il avait les bords des paupières et la « conjonctive fortement enflammés ; la coruée était un peu terne. « Je conseillai le baume de copahu. Le malade en prit d'abord trois « onces en six jours. Au neuvième jour il y avait un mieux sensible ; « au quinzième jour il n'existait plus de traces d'ophthalmie, et « la gonorrhée ne reparut plus. Le malade prit en tout cinq onces « de baume. » (Page 19.)

On a prétendu que les ophthalmies blennorrhagiques dues à une métastase présentaient plus de gravité que celles causées par l'inoculation. Je répondrai deux choses à cela. 1° On cite des cas d'ophthalmies métastatiques très-peu graves (obs. I). 2° Il n'est pas conforme à l'observation de prétendre que toutes les ophthalmies causées par l'inoculation soient légères. On cite un grand nombre de cas d'ophthalmies dues à cette cause qui ont présenté beaucoup de gravité, ou à la suite desquelles la vision a été perdue à jamais (obs. I, III, IV), et d'autres qui ont été suivies de la destruction plus ou moins complète du globe oculaire (obs. VI).

On a dit encore que dans les cas de métastase les deux yeux étaient affectés *en même temps;* je ne prétends pas nier le fait; je conçois même jusqu'à un certain point qu'il en doive être ainsi; mais je ferai observer que l'inoculation pouvant être faite dans les *deux yeux à la fois*, on ne doit pas *nécessairement* rattacher à une métastase les cas d'ophthalmies doubles simultanées. S'il est vrai que la métastase donne lieu au développement d'une ophthalmie double simultanée, on doit en conclure que telle est assez rarement la cause de cette affection; car il n'est pas fréquent assurément de voir les deux yeux affectés *à la fois*. On rencontre bien, il est vrai, un assez grand nombre de malades qui ont eu les deux yeux malades, mais cela n'a eu lieu que *successivement* dans le plus grand nombre des cas, et par inoculation.

Liaison sympathique entre l'œil et l'urèthre. On ne peut douter que dans l'état de santé l'œil ne sympathise avec les organes de la génération. On sait, par exemple, que les personnes qui commettent des excès vénériens présentent fréquemment une rougeur insolite sur les bords de l'une ou de l'autre paupière. Les yeux, plus sensibles à la lumière, présentent une sorte d'humidité. Ces faits acquièrent de l'importance par l'analogie de structure qui existe entre les follicules que présente la muqueuse de l'urèthre et ceux que l'on observe aux paupières (*Bosquillon*). Il est très-vraisemblable que dans le cas de blennorrhagie cette sympathie joue un rôle. Mais il y a loin de là à

expliquer le développement de l'ophthalmie. En effet, on ne voit celle-ci se développer le plus ordinairement que lorsque la blennorrhagie est déjà moins intense. Or, il semble que si la sympathie jouait le rôle que quelques praticiens lui attribuent, on devrait voir se développer l'ophthalmie lorsque l'inflammation de l'urèthre est le plus vive et la sympathie par cela même plus active.

Causes prédisposantes. Il ne s'agit pas d'inoculer la matière de l'écoulement pour donner lieu au développement de l'ophthalmie blennorrhagique ; il faut de plus une prédisposition particulière de l'économie, en vertu de laquelle l'individu auquel on pratique l'inoculation soit apte à contracter la maladie. Bien que nous ne puissions dire en quoi consiste cette prédisposition, ni apprécier quels sont les changemens qui surviennent alors, on ne saurait se refuser à admettre cette hypothèse. Ainsi l'on voit des individus s'exposer des milliers de fois à des causes capables de causer une pneumonie, et ne contracter jamais cette affection. Il n'est pas rare de rencontrer des enfans chez lesquels il est extrêmement difficile, quelquefois même impossible, d'inoculer la variole ; et le plus souvent on ne peut pas dire que le pus variolique n'avait pas les qualités requises pour qu'il ait la faculté de donner naissance au développement de pustules semblables à celles dont il a été extrait : en effet, on voit apparaître les boutons varioliques chez d'autres enfans inoculés en même temps, et qui se trouvent dans les mêmes conditions sous tous les rapports. On sait encore que plusieurs individus, sains d'ailleurs, peuvent avoir successivement des rapports également prolongés avec une même femme infectée, et ne pas contracter tous la syphilis. On observe souvent encore que ceux qui n'ont pas été épargnés ont été affectés sous des formes différentes : l'un a contracté une gonorrhée, un autre un bubon ou un chancre. Ces exemples, qu'il serait facile de multiplier à l'infini, démontrent qu'indépendamment d'une cause capable de donner lieu au développement de telle maladie, il faut de plus une modification particulière de l'économie. On s'explique par là comment

certaines personnes ont pu s'inoculer impunément la matière provenant d'une gonorrhée ou d'un œil affecté d'ophthalmie blennorrhagique. Cela prouve que l'inoculation n'est pas toujours suffisante pour donner lieu au développement de l'ophthalmie; mais cela ne prouve pas, quand elle se développe, qu'elle n'ait pas été causée par l'inoculation. Or, c'est précisément cela qu'il faudrait prouver.

L'existence d'une ophthalmie chronique, ou seulement la fatigue des yeux, ont été considérées comme prédisposant à contracter l'ophthalmie blennorrhagique. On conçoit cela d'autant plus facilement que les personnes qui se trouvent dans ces circonstances, portant fréquemment les doigts à leurs yeux, qui sont le siége d'une démangeaison plus ou moins vive, sont par cela même plus exposées à s'inoculer la matière blennorrhagique.

M. le docteur *Mélier* croit avoir observé que les yeux bleus prédisposaient davantage à contracter cette affection.

Diagnostic différentiel.

Nous diviserons en deux points ce que nous avons à dire à cet égard. Après avoir examiné en quoi consistent les différences qui existent, dans beaucoup de cas, entre la blennorrhée gonorrhéique et celle d'espèce catarrhale, nous discuterons la question de savoir si l'on doit regarder ces deux affections comme étant identiques, lors même que les symptômes qui les caractérisent ne présentent aucune différence très-importante dans l'un et l'autre cas.

Premier cas. Les différences principales, quand il en existe, peuvent être rapportées aux suivantes :

Causes prédisposantes. L'ophthalmie blennorrhagique attaque particulièrement des individus pléthoriques, sanguins, d'une forte constitution.

La blennorrhée catarrhale s'observe le plus souvent, au contraire,

chez des sujets d'une constitution faible, détériorée. On la voit régner épidémiquement dans des habitations malsaines, humides, et dans lesquelles se trouvent entassés un grand nombre d'individus malheureux.

Causes déterminantes. On a remarqué que les changemens brusques de température, l'action sur l'œil d'un courant d'air froid, pouvaient donner lieu au développement de la blennorrhagie catarrhale. Aussi cette ophthalmie est-elle beaucoup plus fréquente en automne et au printemps que dans toute autre saison de l'année.

L'ophthalmie blennorrhagique, bien qu'elle puisse dans quelques cas se développer sous l'influence de certaines conditions atmosphériques, ne paraît pas être sous leur dépendance immédiate. En effet, on n'a pas observé que la blennorrhée gonorrhéique règne principalement à certaines époques de l'année. La cause de beaucoup la plus fréquente consiste dans l'inoculation de la matière provenant d'un écoulement blennorrhagique, ou de celle que sécrète la conjonctive palpébro-oculaire.

Épidémies. Il n'est pas rare de rencontrer plusieurs individus affectés à la fois d'ophthalmo-blennorrhées catarrhales, et de voir cette maladie régner épidémiquement. La blennorrhée gonorrhéique ne paraît se développer que par contagion directe ou inoculation, soit de la matière provenant d'une gonorrhée, soit de celle qui découle d'un œil actuellement atteint de cette espèce particulière d'ophthalmie.

Siége de l'affection. Il est extrêmement rare de voir la blennorrhée gonorrhéique n'affecter que la conjonctive palpébrale. Dans les cas les plus légers de cette affection, on observe déjà des altérations de la conjonctive oculaire. (*Lawrence, Sanson.*)

Dans la blennorrhée catarrhale, au contraire, l'extension du mal au globe de l'œil ne survient que rarement; la plupart des

ophthalmies de cette espèce se montrent sous la forme d'une blépharo-blennorrhée. Quand la maladie se propage des paupières au globe de l'œil, cela tient ordinairement à ce qu'elle a été complètement négligée dans le principe, ou traitée peu convenablement. (*Jüngken.*)

Ulcérations. Cette terminaison de l'ophthalmie a cela de particulier dans les ophthalmo-blennorrhées gonorrhéique et catarrhale, que les ulcérations que l'on voit survenir, ne sont pas précédées de la formation d'une phlyctène ou de la présence d'un abcès, mais qu'elles sont le résultat des qualités âcres et corrosives de la matière sécrétée par les corps papillaires développés sur la conjonctive palpébro-oculaire. Ces ulcérations, dès leur apparition, occupent un grand espace, s'étendent autant en largeur qu'en profondeur, mode de développement qui les distingue de toutes les autres ulcérations que l'on voit survenir sur la cornée transparente; dans leur fond, il existe une grande quantité de tissu cellulaire mortifié, qui donne à la cornée une apparence très-trouble. (*Jüngken,* pag. 322.)

Dans le cas de blennorrhée gonorrhéique, ces ulcérations, qui sont arrondies, entourées par un cercle d'un rouge obscur, et ressemblant assez à des phlyctènes par leur apparence extérieure, présentent des bords tranchans taillés à pic, un fond blafard, lorsque la blennorrhée est compliquée de syphilis; si elle est simple, les ulcérations présentent les caractères que nous avons indiqués ci-dessus, et qui sont communs aux ulcérations qui surviennent dans toutes les espèces d'ophthalmo-blennorrhées. (*Jüngken,* page 249.)

Suppuration. Dans la blennorrhée catarrhale, le mucus, transparent et clair comme du blanc d'œuf frais, est tenu en suspension dans un grande quantité de larmes. L'ophthalmie devenant plus grave, et les corps papillaires se développant en nombre plus considérable, on voit le mucus devenir de plus en plus trouble et plus abondant, blanchâtre, puis enfin jaunâtre.

Dans la blennorrhée gonorrhéique, les larmes coulant par tor-

rens, et périodiquement, tiennent en suspension des flocons albumineux, opaques, consistans, visqueux ; la sécrétion ne tarde pas à devenir plus abondante. On voit alors le mucus devenir d'un jaune verdâtre, épais, consistant, et ressembler beaucoup à la matière puriforme qui s'écoule par l'urèthre, dans le cas de gonorrhée; comme elle il tache le linge. Cette ressemblance est si frappante dans certaines circonstances, que beaucoup de praticiens considèrent cet écoulement comme remplaçant celui qui avait lieu par l'urèthre.

Altérations de la conjonctive. Dans la blennorrhée gonorrhéique, la conjonctive, bien qu'elle offre une certaine résistance, est cependant moins consistante que dans le cas de blennorrhée catarrhale. Comme elle, elle présente une sorte d'élasticité ; mais tandis que dans le premier cas elle est d'un rouge vif, semblable à celui de la brique, on la trouve pâle, d'un rouge bleuâtre, obscur, lorsqu'on l'examine chez un malade atteint de blennorrhée catarrhale, quelque intense qu'elle soit d'ailleurs.

J'ajouterai que dans la blennorrhée catarrhale, le chémosis peut être sec, comme on dit, ou que, en d'autres termes, il peut y avoir un boursoufflement même très-considérable de la conjonctive oculaire, sans que cet état soit accompagné de suppuration. Dans l'ophthalmie blennorrhagique, au contraire, non-seulement la suppuration est un phénomène constant dès que la conjonctive commence à se boursoufller, mais quelquefois même elle apparaît avant que l'altération du tissu qui y donne lieu soit bien apparente. On ne rencontre jamais le chémosis sec dans le cas d'ophthalmie blennorrhagique.

Gonflement des paupières. Dans l'ophthalmie blennorrhagique, les deux paupières sont énormément tuméfiées, la supérieure notamment. Cette tuméfaction, plus œdémateuse qu'inflammatoire, est quelquefois si considérable, que la peau qui la recouvre, d'un rouge obscur, est lisse et tendue. Il arrive quelquefois que la paupière infé-

rieure soit entièrement cachée par la supérieure, et dans quelques cas rares on voit celle-ci descendre jusque sur la joue.

Dans les cas de blennorrhée catarrhale, il existe bien de la tuméfaction à l'une et l'autre paupière ; mais il est rare de voir survenir dans cette forme d'ophthalmie un gonflement aussi considérable que celui qu'on observe dans le cas précédent. La peau, dès-lors, bien moins distendue, ne présente qu'à un faible degré les apparences que nous venons de mentionner.

Début. — Ophthalmie peu grave. Dans le premier degré de la blennorrhée gonorrhéique, ou *hydorrhée*, il existe un écoulement de larmes plus ou moins considérable, tenant en supension une plus ou moins grande quantité de flocons albumineux, opaques. La rougeur de la conjonctive, quelquefois vive, est ordinairement modérée, partielle, plutôt pâle, tirant un peu sur le jaune ; on voit les vaisseaux de la conjonctive plus ou moins distendus. L'œil dans son ensemble a une apparence trouble.

Il est souvent difficile de distinguer cet état de celui qui caractérise l'ophthalmie catarrhale simple. Toutefois on remarquera que, dans le cas de blennorrhée gonorrhéique, la photophobie et la douleur sont plus vives et hors de proportion avec les autres accidens. S'il restait des doutes, ils ne tarderaient pas à être levés, en ce que, d'une part, l'ophthalmie blennorrhagique faisant des progrès, on verra bientôt un nombre plus ou moins considérable de corps papillaires se développer sur la face cutanée de la paupière, et particulièrement dans les plis que présente la conjonctive. La marche ultérieure de l'ophthalmie catarrhale ne permettrait pas davantage de confondre ces deux affections l'une avec l'autre.

La blennorrhée catarrhale apparaît ordinairement comme étant la terminaison d'ophthamies catarrho-rhumatismales intenses, et particulièrement de celles qui règnent au printemps et en automne. Sou-

dainement on voit tous les symptômes s'accroître ; la rougeur devient plus vive, etc. (*Jüngken*, pag. 371.)

Ainsi, lorsque l'ophthalmie catarrhale a duré pendant un certain temps, et qu'elle a acquis un certain degré d'intensité, on voit s'élever dans les points de la muqueuse oculaire où l'inflammation a été le plus vive, mais principalement vers le bord de la cornée, et quelquefois aussi sur la conjonctive elle-même, une ou plusieurs vésicules contenant un liquide d'un blanc jaunâtre, et ressemblant assez aux pustules que l'on voit s'élever sur la peau dans les maladies exanthématiques. Ces pustules, plus étendues en largeur qu'en hauteur, de la grosseur d'une tête d'épingle, présentent à leur base une couronne d'un rouge intense, formée par des vaisseaux sanguins très-distendus (*phlyctænula catarrhalis*). On voit très-distinctement des vaisseaux de la conjonctive qui se rendent aux phlyctènes, dont le nombre varie, et qu'il n'est pas rare de voir groupées plusieurs ensemble. Lorsque la base de ces phlyctènes est plus étendue, et que le liquide qu'elles contiennent est plus lymphatique et comme coagulé, cela constitue ce que l'on appelle une pustule. Ces vésicules disparaissent avec d'autant plus de facilité que le liquide qu'elles contiennent est plus séreux; le liquide étant résorbé (ce qu'il est facile de constater par l'aplatissement que présente la vésicule à son sommet), la muqueuse ne tarde pas à se former de nouveau. Il peut arriver aussi qu'elles dégénèrent en ulcérations superficielles. Le plus souvent alors la vésicule, se rompant, laisse s'écouler le liquide qu'elle contenait : on voit alors un ulcère superficiel aux bords aplatis et aigus, s'élevant un peu dans son milieu, et présentant une couleur d'un rouge blanchâtre. Ces petites ulcérations ont de la ressemblance avec celles qui succèdent aux aphthes; elles ne creusent jamais. Lorsque l'ophthalmie a duré long-temps, on voit se développer vers les angles de l'œil des erosions, lesquelles, détruisant le tissu cellulaire sous-jacent, quelque consistant qu'il soit d'ailleurs, donnent lieu à des ectropions. (*Walther, Eble, Jüngken.*)

Rapidité de la marche de la maladie. L'ophthalmie catarrho-rhumatismale, ayant persisté pendant huit, dix ou quinze jours, on voit les symptômes acquérir une intensité nouvelle. Les douleurs deviennent plus vives ; puis on voit se développer à la face interne des paupières ces papilles qui, peu nombreuses dans le principe, ne tardent pas à se montrer sur toute leur surface. Quelque temps après, on voit la conjonctive palpébrale se soulever peu à peu ; puis celle qui recouvre le globe de l'œil, subissant les mêmes altérations de texture, constitue cet état morbide que l'on nomme chémosis. Ces différens phénomènes, ne se succédant qu'avec une certaine lenteur et dans un certain ordre, ne parviennent à acquérir tout leur développement que dans l'espace de huit à douze jours, dans le plus grand nombre de cas. Alors on voit s'établir la sécrétion d'un liquide puriforme, qui, peu abondant dans le principe, ne tarde pas à le devenir tellement quelquefois, qu'il baigne les joues des malades, s'échappant à flots lorsqu'on écarte les paupières l'une de l'autre.

Dans l'ophthalmie blennorrhagique, la marche des accidens est infiniment plus rapide ; le développement des corps papillaires a lieu beaucoup plus promptement ; assez souvent on voit la suppuration survenir lors même qu'ils ne sont que très-peu apparens (*Sanson*). La tuméfaction de la conjonctive oculaire survient presque en même temps que celle qu'on observe à la face interne des paupières. On ne distingue plus ici, comme on le fait dans l'ophthalmie catarrhale, cette succession dans les symptômes qui constitue les temps ou périodes de la maladie, et qu'on désigne sous les dénominations de *principium morbi, stadium incrementi, acme, stadium decrementi.* Il n'y a plus ici qu'une seule période en quelque sorte ; c'est celle de la suppuration. Tandis que dans l'ophthalmie catarrhale on ne la voit s'établir qu'après un certain laps de temps, et lorsque divers accidens se sont succédé, dans l'ophthalmie blennorrhagique, on la voit apparaître dans les premières vingt-quatre heures ; assez souvent même, dans les trois ou quatre premières heures qui suivent l'inoculation de la matière blennorrhagi-

que, on voit le bourrelet formé par les conjonctives faire une saillie plus ou moins considérable, et être le siége d'une suppuration abondante.

On observe des cas de blennorrhagie gonorrhéique excessivement graves, dans lesquels les phénomènes morbides marchent avec une sorte de férocité; toutes les parties sont envahies à la fois, et l'œil détruit quelquefois dans l'espace de quelques heures.

M. *Sanson* a observé, dans le service de la clinique, à l'Hôtel-Dieu, des cas opposés en quelque sorte, et qui n'en sont peut-être pas moins graves, en raison de la sécurité dans laquelle ils laissent le médecin. On rencontre quelquefois des malades chez qui l'ophthalmie persiste peu intense pendant trois, quatre ou cinq jours, plus ou moins. La tuméfaction de la conjonctive palpébro-oculaire ne devenant pas très-considérable, la douleur restant peu vive et les phénomènes de réaction peu prononcés, on est porté à croire que l'on a affaire à un de ces cas peu graves qui guérissent facilement, quel que soit d'ailleurs le mode de traitement mis en pratique. Mais il existe ici une différence essentielle, et à laquelle on ne saurait porter trop d'attention : on ne voit pas la maladie diminuer d'intensité sous l'influence du traitement dirigé contre elle. Aussi M. *Sanson* admet-il comme une règle de pratique d'une très-grande importance, d'attaquer immédiatement, et par des moyens excessivement énergiques, toute blennorrhée gonorrhéique peu grave en apparence, mais qu'un traitement antiphlogistique convenablement dirigé ne modifie pas d'une manière heureuse et non équivoque; faute de se conformer à ce précepte, on verra des ophthalmies bénignes en apparence revêtir instantanément, en quelque sorte, les formes les plus graves, et détruire l'œil dans un très-court espace de temps.

Cette circonstance que, règle générale, un seul œil est affecté dans l'ophthalmie blennorrhagique, tandis que les deux sont atteints à la fois dans l'ophthalmo-blennorrhée idiopathique, a beaucoup de valeur quand on cherche à démontrer que ces deux affections diffèrent l'une de l'autre. Le docteur *Wetch* dit que dans l'ophthalmie catarrhale l'on ne rencontre pas une fois sur mille un seul œil

affecté. Si l'on observe, d'autre part, qu'il est habituel de voir l'ophthalmie blennorrhagique n'affecter qu'un seul œil, et qu'encore, bien qu'elle attaque les deux yeux à la fois, cela n'a lieu dans le plus grand nombre de cas que successivement, on ne peut s'empêcher de reconnaître que ces deux ophthalmies ne sont pas deux degrés différens de la même affection.

Cette circonstance qu'une maladie à un degré inférieur d'acuité affecte constamment les deux yeux, tandis que cette même affection, avec cette différence seule qu'elle est plus intense, n'attaquerait qu'un seul œil, non-seulement constituerait un fait unique dans la science, mais serait en opposition avec les lois générales qui régissent le corps de l'homme malade. On sait, en effet, que la sympathie qui, dans l'état de maladie, tient deux organes dans la dépendance l'un de l'autre, s'exerce avec d'autant plus d'activité que l'un de ces organes est affecté plus gravement.

Un très-grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons *Demours*, *Rosas*, *Jüngken*, *Sanson*, *Mackenzie*, *Boyer*, admettent comme un fait constant d'observation que l'ophthalmie est beaucoup plus rare chez la femme. *Beer* et *Lawrence* ne l'ont observée que chez l'homme. M. *Dupuytren* est, que nous sachions, le seul auteur qui avance le contraire. Malgré toute l'estime que nous avons pour le profond savoir de ce grand chirurgien, nous sommes forcé, dans un cas de cette nature, d'adopter l'opinion du plus grand nombre. Si, contre notre opinion, l'ophthalmo-blennorrhée gonorrhéique n'était pas causée par l'inoculation dans l'immense majorité des cas, cette circonstance qu'on ne l'observe que très-rarement chez la femme serait fort remarquable, et devrait être ajoutée aux faits que nous avons avancés pour prouver que cette ophthalmie n'est pas de même nature que l'ophthalmie catarrhale. Mais nous sommes porté à croire que peut-être on peut se rendre raison de ce fait, en considérant que les femmes ont beaucoup moins que les hommes l'habitude de porter les doigts à leurs organes génitaux, et que chez elles on rencontre moins fréquemment ces ophthalmies chroniques que nous

avons vues prédisposant si fortement à contracter l'ophthalmie blennorrhagique.

Si l'on prenait un à un les symptômes que nous venons de passer en revue, on pourrait avec raison contester la valeur de chacun d'eux, et se refuser d'admettre, en les considérant ainsi isolément, qu'il existe des différences entre l'ophthalmie blennorrhagique et celle d'espèce catarrhale. Mais ce n'est point ainsi que l'on doit procéder pour établir un diagnostic bien assuré ; il faut considérer dans leur ensemble les phénomènes que présente l'ophthalmie blennorrhagique. Ainsi donc, s'il existe une blennorrhagie, qu'elle soit ou non diminuée, ou bien si elle n'est supprimée que depuis un court espace de temps ; si le malade était affecté d'ophthalmie chronique ; si la blennorrhée, ayant débuté sur la conjonctive palpébrale, a rapidement envahi la conjonctive oculaire ; si l'on observe un boursoufflement plus ou moins considérable de la conjonctive, d'un rouge brique plus ou moins vif, qui constitue cet état pathologique que l'on nomme chémosis ; si les paupières, la supérieure notamment, se tuméfient et se boursouflent considérablement ; si, en même temps que le chémosis se développe, et quelquefois même avant que la muqueuse se soit boursoufflée, on voit apparaître un mucus opaque mêlé de larmes, lequel ne tarde pas à être remplacé par un pus d'abord jaunâtre, puis verdâtre, qui, baignant les joues du malade, les corrode et les ulcère ; si la cornée a une grande tendance à s'obscurcir ; si les changemens qui surviennent dans sa transparence, se succédant avec une grande rapidité, font craindre que la vision ne soit très-promptement altérée, ou même complètement perdue dans l'espace de quelques heures seulement ; s'il existe des phénomènes généraux de réaction très-prononcés ; si le malade se plaint d'une douleur profonde et déchirante dans l'orbite, laquelle, irradiant dans toutes les parties de la face et de la tête, peut être assez intense pour donner lieu à des accès de désespoir et de fureur ; si d'autre part la maladie, loin de céder à un traitement antiphlogistique excessivement énergique, semble au contraire se raidir contre les moyens que l'on dirige contre elle et marcher avec une

rapidité toujours croissante; si, dis-je, tous ces phénomènes se succèdent, ou si quelques-uns d'entre eux seulement sont réunis, on pourra assurer avoir à traiter une ophthalmie d'une espèce particulière, et que l'on a nommée blennorrhagique, en raison de la cause spéciale qui lui donne le plus ordinairement lieu.

Après avoir indiqué les caractères à l'aide desquels on distingue l'une de l'autre la blennorrhée gonorrhéique et celle dite catarrhale, il nous resterait, pour compléter ce tableau, à énumérer les différences qui peuvent exister entre l'ophthalmie blennorhagique et celles dites d'Égypte et des nouveau-nés, qui sont peut-être de même nature que l'ophthalmie catarrhale; mais ces deux ophthalmies ayant été l'objet de recherches excessivement nombreuses, nous avons dû renoncer à en parler dans cette dissertation nécessairement restreinte. En conséquence, nous nous bornerons à indiquer les circonstances principales qui établissent une différence entre ces ophthalmies et celle dite blennorrhagique.

L'ophthalmie d'Égypte règne épidémiquement; elle paraît être causée par un état particulier de l'atmosphère et par des circonstances locales qui la rendent endémique dans certaines contrées ; elle affecte les deux yeux à la fois.

L'ophthalmie puriforme des nouveau-nés présente cela de particulier, qu'elle a presque exclusivement son siége sur la conjonctive palpébrale; elle n'est jamais ou presque jamais bornée à un seul œil.

Deuxième cas. Il nous reste maintenant à examiner une question non moins importante que celles qui ont fait le sujet des observations précédentes, savoir, si dans les cas où, *dans l'état actuel de la science*, nous ne trouvons aucune différence dans les symptômes qui caractérisent la blennorrhée gonorrhéique et celle dite catarrhale, nous devons nécessairement admettre que ces deux maladies soient identiques.

Si, pour établir le diagnostic d'une affection, nous devions, dans tous les cas, ne considérer que les symptômes qu'elle présente, ou si, en d'autres termes, la médecine en était arrivée à ce point de

perfection, que non-seulement nous connussions tous les phénomènes morbides auxquels une lésion organique peut donner lieu, mais encore qu'il nous fût toujours possible d'assigner à chacun de ces phénomènes sa valeur relative, nous reconnaîtrions que les ophthalmies blennorrhagique et catarrhale ne sont qu'une seule et même affection.

On rencontre, en effet, certaines ophthalmies blennorrhagiques, par exemple, qui ne diffèrent de l'ophthalmie catarrhale que par une marche plus rapide et par une intensité plus grande des phénomènes morbides qui les constituent. Si on ne l'envisageait que sous ce point de vue seulement, on devrait, dans certains cas, considérer l'ophthalmie blennorrhagique plutôt comme une ophthalmie catarrhale excessivement intense que comme une ophthalmie d'une nature particulière. Mais il est des considérations d'un autre ordre qui ne permettent pas d'adopter cette manière de raisonner. Il arrive souvent que la réunion de tous les symptômes que nous avons observés jusqu'ici dans telle ou telle affection ne suffisant pas pour établir un diagnostic assuré, nous soyons obligés d'avoir recours à un autre mode d'investigation ; je veux parler de la médication au moyen de laquelle on parvient à combattre cette affection avec succès.

Il n'est pas rare assurément que, dans la pratique, on soit obligé d'avoir recours au traitement pour connaître quelle est la nature d'une affection : ainsi l'on voit très-souvent les praticiens les plus habiles administrer un traitement mercuriel pour déterminer si telle affection qui se présente à leur observation est ou non de nature syphilitique. S'il arrive que le mal soit modifié par l'action du mercure, ces praticiens affirment qu'il était de nature vénérienne, encore bien que les symptômes qui le caractérisaient présentant quelque chose de douteux, il fût impossible à leur inspection seule d'établir un diagnostic assuré. Il me souvient d'un homme auquel M. *Dupuytren* avait prescrit un traitement mercuriel, et qui, après sa guérison complète, protestait encore, et de toutes ses forces, que la plaie

qu'il portait à la jambe n'était pas de nature suspecte, mais avait été causée par une chute faite sur un pavé. Eh bien, lui répondit M. *Dupuytren*, ce pavé avait la vérole.

Il n'est pas rare de voir survenir à la suite de la pneumonie, chez les vieillards, une exacerbation intermittente, *qui ressemble tellement, par les symptômes qui la caractérisent*, à celle que l'on observe dans certains cas de phthisie arrivée au troisième degré, qu'il est, dans la plupart des cas, *tout à fait impossible* de distinguer l'une de l'autre ces deux affections, autrement qu'en recourant au traitement. On voit alors l'exacerbation intermittente des vieillards céder avec facilité, et pour ne plus reparaître, aux préparations de quinquina; tandis que celle qui survient chez les phthisiques n'est en rien modifiée par ce même traitement. (*Chomel*, leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu.)

Un individu, étant en sueur, s'expose à un courant d'air froid et humide; il est aussitôt pris d'un frisson de tout le corps, auquel succède une chaleur sèche, laquelle est remplacée plus ou moins longtemps après par de la moiteur. On ne constate l'existence d'aucune altération morbide. Le lendemain, il existe les signes pathognomoniques d'une pneumonie. Il n'est pas un médecin assurément qui ne considère le frisson, suivi de chaleur et de sueur, autrement que comme les prodromes de la pneumonie, dont il était tout à fait impossible la veille de soupçonner l'existence. Si l'on ne considérait ce prodrome *qu'en lui-même*, abstraction faite de toute autre circonstance, il serait tout à fait impossible d'assigner en quoi il diffère de tel accès de fièvre intermittente bénigne; c'est-à-dire que si le médecin n'avait pas connaissance des antécédens, s'il ne savait pas que le malade s'est exposé à un courant d'air froid, s'il ne savait pas que le frisson est survenu peu de temps ou immédiatement après le refroidissement, etc., etc., il serait dans l'impossibilité absolue de dire si le malade pour lequel il est appelé est affecté d'un accès de fièvre intermittente, ou bien si les accidens auxquels il est en proie ne sont que le prodrome d'une affection aiguë. On ne peut pas dire que la série d'accidens qui constitue en partie ce que l'on appelle les pro-

dromes d'une affection aiguë sont la même chose qu'un accès de fièvre intermittente ; et cependant, dans certaines circonstances, il est *de toute impossibilité, dans l'état actuel de la science*, de dire en quoi ces deux séries de phénomènes diffèrent l'une de l'autre, sans avoir recours à d'autres moyens d'investigation. Nous voyons donc, d'après cet exemple et beaucoup d'autres que nous pourrions citer, que des séries de phénomènes morbides peuvent *se ressembler en tous points* par leurs phénomènes sensibles, et appartenir cependant à *des affections tout à fait différentes l'une de l'autre*. Or, pourquoi ne pourrions-nous pas dire que les ophthalmies blennorrhagique et catarrhale ne sont pas identiques, lors même que, dans certains cas, nous ne pouvons assigner aucune différence essentielle dans les symptômes qui caractérisent ces deux affections ? Si ces deux affections cédaient au même mode de traitement, si l'on ne voyait pas la méthode antiphlogistique réussir presque constamment dans un cas, et rester complètement inefficace dans la plupart des autres cas (lorsqu'ils présentent quelque gravité), on devrait nécessairement convenir que ces deux affections ne diffèrent l'une de l'autre que par la dénomination qui leur a été imposée. Mais il n'en est point ainsi ; cela est si vrai, que *Lawrence* dit n'avoir jamais vu *un seul cas d'ophthalmie catarrhale* qui n'ait pas cédé à un traitement rationnel et commencé à temps ; tandis qu'il résulte des observations rapportées dans ses ouvrages, qu'il a été excessivement malheureux dans sa pratique en ayant recours à la méthode antiphlogistique dans les cas d'ophthalmie blennorrhagique. Cette circonstance, que l'ophthalmie catarrhale prise à temps n'a jamais résisté entre ses mains à l'administration convenable du traitement antiphlogistique, est considérée, et avec raison, par ce praticien distingué comme une preuve du rapport qui existe entre l'ophthalmie blennorrhagique et la blennorrhagie. (*Lawrence*, p. 193.)

Ophthalmie syphilitique.

Si, dans quelques circonstances, il est sinon impossible, du moins

extrêmement difficile, d'assigner les différences qui existent entre l'ophthalmie blennorrhagique et l'ophthalmie catarrhale, il n'en est point ainsi quand la maladie est de nature syphilitique. Dans ces cas, en effet, l'ophthalmie se présente sous des formes particulières, qui ne permettraient pas de la confondre avec celle dite blennorrhagique.

Et d'abord l'ophthalmie syphilitique, si elle est le symptôme d'une affection vénérienne générale, pourra être reconnue avec facilité, comme l'observe *Richter*. En effet, il existera en même temps d'autres signes d'une affection générale, tels que des exostoses, des pustules, etc. En second lieu, elle cèdera à un traitement mercuriel, ainsi que l'affection générale, dont elle n'est qu'un des symptômes.

Mais si l'ophthalmie n'est qu'un accident de la syphilis, il pourra être plus difficile de la rattacher à sa cause véritable. Toutefois, en examinant avec soin le malade, on arrivera dans beaucoup de circonstances à reconnaître quelle est la cause du mal. Ainsi on découvrira qu'à une certaine époque le malade aura été affecté d'un chancre, par exemple, lequel, ayant disparu, aura été suivi plus ou moins long-temps après d'une affection de la muqueuse oculaire. Dans ce cas, même efficacité du traitement mercuriel convenablement dirigé. *Richter* fait observer à cet égard que la maladie vénérienne étant ancienne, ou traitée peu convenablement dans le plus grand nombre des cas, il arrive souvent qu'il existe en même temps quelque autre affection, circonstance qui oblige à modifier le traitement. Ainsi on rencontre quelquefois des malades qui ont des affections des voies digestives, et chez lesquels l'ophthalmie n'est pas seulement vénérienne, mais en même temps gastrique. Si, dans ces cas, on administre le mercure dès le commencement du traitement, il n'est pas rare de voir ce médicament déterminer un sentiment de pesanteur qui fatigue beaucoup le malade; il convient de donner quelques purgatifs pour débarrasser les voies digestives. Alors seulement on aura recours avec avantage à un traitement mercuriel. L'existence du

vice scrophuleux nécessite d'associer au mercure les moyens propres à combattre la diathèse scrophuleuse. On se trouvera très-bien dans ce cas, ajoute *Richter*, d'une poudre composée d'un grain de calomel, d'autant de soufre doré d'antimoine et de six grains de poudre de ciguë. Si le virus psorique complique la maladie vénérienne, le mercure n'exercera aucune influence tant que ce virus n'aura pas été modifié à l'aide de moyens appropriés. Dans d'autres cas, il convient d'associer au mercure le quinquina ou l'opium, suivant les indications à remplir. Si l'on tient exactement compte des affections diverses qui peuvent compliquer la diathèse syphilitique, et si l'on dirige contre chacune d'elles une médication convenable, on se trouvera toujours bien d'un traitement mercuriel employé avec toute la prudence convenable.

Ainsi donc nous voyons que, sous le double rapport de l'étiologie de la maladie et de l'efficacité du traitement mercuriel, on trouve entre l'ophthalmie syphilitique et celle dite blennorrhagique des différences qui ne permettent pas de confondre ces deux affections l'une avec l'autre, dans le plus grand nombre des cas.

Si maintenant nous passons en revue les symptômes de cette espèce particulière d'ophthalmie, nous verrons des différences non moins marquées.

Ainsi, tandis que l'ophthalmie blennorrhagique marche avec une sorte de férocité, nous voyons celle qui se rattache à la syphilis suivre, au contraire, une marche lente. On ne voit des accidens graves se développer que dans le cas où elle existe depuis un certain temps, et alors ces accidens sont déterminés en partie par les altérations que présente l'iris, qui ne manque jamais d'être affecté plus ou moins profondément.

La durée de ces deux affections n'est point la même à beaucoup près : l'ophthalmie syphilitique peut persister indéfiniment, tandis que celle dite blennorrhagique est, sous ce point de vue, une des maladies les plus terribles qui puissent affliger l'humanité. *Richter* admet bien, il est vrai, l'existence d'une ophthalmie blennorrhagique chronique,

laquelle peut ne se développer que quelques semaines, quelques mois même après la suppression d'un écoulement blennorrhagique; mais il confesse que, dans ce cas, il est extrêmement difficile d'établir un diagnostic, et que cela exige beaucoup d'attention de la part du médecin. (P. 63.)

Si l'ophthalmie syphilitique se montre sous la forme de la lippitude, on ne pourrait en aucune façon la confondre avec celle dite blennorrhagique.

Le seul cas qui pourrait peut-être présenter quelque difficulté est celui dans lequel l'affection existe sous la forme d'ophthalmo-blennorrhée. Il se développera alors une tumeur d'une couleur rouge bleuâtre, accompagnée d'un sentiment de cuisson et d'une démangeaison incommode. Cette tumeur ne tarde pas à prendre de l'accroissement, en même temps que la conjonctive oculaire, devenant violette, présente des vésicules plus ou moins grandes, situées tout autour de la cornée transparente, et ordinairement assez nombreuses pour que les paupières ne puissent plus recouvrir complètement le globe de l'œil. La paupière inférieure se renverse en dehors, présente une surface fongueuse, saignant facilement, d'un rouge bleuâtre. Il survient alors une blennorrhée de la paupière supérieure; et, dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, il arrive souvent que l'œil soit complètement détruit.

Si l'on ajoute que cette ophthalmo-blennorrhée est toujours compliquée de scorbut, qu'elle n'est accompagnée que d'une photophobie peu intense, et qu'en outre elle ne se montre que chez des individus d'une mauvaise constitution, on ne pourra en aucune manière la confondre avec l'ophthalmie qui survient pendant le cours d'une blennorrhagie.

Nous ajouterons que les douleurs qui accompagnent l'ophthalmie syphilitique sont augmentées par la chaleur du lit, et ont cela de particulier qu'elles augmentent d'intensité vers le soir, devenant de plus en plus fortes pour ne diminuer que sur le matin. Alors seulement le malade peut prendre quelque repos.

La nature des tissus qui sont affectés, ainsi que l'ordre dans lequel marche leur destruction successive, établissent encore des différences qu'il n'est pas sans intérêt de mentionner ici.

L'ophthalmie syphilitique affecte de préférence les parties internes de l'œil, le ligament ciliaire, la capsule du cristallin, le corps vitré, la rétine. L'ophthalmie blennorrhagique peut bien affecter ces parties, mais cela n'a lieu que secondairement ; son siége principal est la conjonctive palpébro-oculaire.

S'il arrive que dans l'ophthalmie syphilitique la conjonctive soit affectée, elle prend plutôt la forme de l'ophthalmie rhumatique, avec cette différence toutefois que la cornée a une grande tendance à devenir opaque.

Si l'ophthalmie syphilitique atteint son plus haut degré d'intensité, l'œil sera détruit presque certainement ; mais, tandis que la destruction des parties, dans le cas de blennorrhée gonorrhéique, a marché de dehors en dedans, on la voit ici suivre un ordre inverse.

Pronostic.

Le pronostic variera suivant différentes circonstances :

Degré de l'ophthalmie. Si elle n'a atteint que son premier degré, que l'on peut nommer *hydorrhée,* on peut espérer que la conjonctive, reprenant de nouveau l'aspect lisse et poli d'une membrane séreuse, ne tardera pas à en remplir les fonctions. On verra les papilles diminuer de nombre et de volume, en même temps que le produit de la sécrétion, de muqueux et consistant qu'il était d'abord, deviendra de moins en moins tenace et visqueux pour revêtir enfin les caractères propres à la sérosité. Les ramifications vasculaires se dessinant de plus en plus, la conjonctive reprendra enfin l'aspect lisse et poli qui lui est naturel.

Le retour à l'état normal se fera d'autant moins attendre que l'épithélium aura été aussi moins altéré, ou qu'il ne l'aura pas été du tout.

S'il arrivait qu'il eût été détruit, on ne devra jamais s'attendre à voir la conjonctive revenir complètement à son état normal. (*Jüngken*, pag. 322.)

Si l'ophthalmie est arrivée à son deuxième degré, celui de *phlegmathorrée*, caractérisé par l'écoulement d'un mucus tenant en suspension des flocons albumineux opaques, par le développement des corps papillaires sur toute l'étendue de la muqueuse palpébrale, par le gonflement plus ou moins considérable des paupières, de la supérieure notamment, de même aussi que par un accroissement des autres symptômes de l'affection, tels que les douleurs, la photophobie, etc.; si, dis-je, l'ophthalmie a atteint cette période, le pronostic sera bien plus grave, sans que cependant on doive tout à fait désespérer de la voir se terminer par résolution. On devra redouter qu'il n'existe quelque altération qui mette plus tard un obstacle à la vision. Cette crainte sera d'autant plus fondée que les phénomènes morbides auront été plus intenses, et la marche de la maladie plus rapide.

La sécrétion d'une matière puriforme et le développement des corps papillaires sur la conjonctive oculaire, et quelquefois sur la cornée transparente elle-même, caractérisent le troisième degré ou *pyorrhée*. Ici tous les phénomènes ont acquis le plus grand développement : la muqueuse est d'un rouge obscur tirant sur le bleu, la paupière supérieure énormément tuméfiée. Bien que le globe de l'œil soit ainsi recouvert, la photophobie est extrême; des douleurs atroces, ayant leur siége principal dans la profondeur de l'orbite, se répandent dans toute la tête. Ordinairement il arrive (*Rosas*) que ces accidens, après avoir duré de douze à vingt-quatre heures, deviennent alors moins intenses; la tumeur formée par les paupières prend une teinte bleuâtre, en même temps qu'elle devient et moins tendue et moins douloureuse, bien qu'elle ait augmenté de volume: on voit alors s'écouler des surfaces boursoufflées une matière puriforme possédant les mêmes qualités contagieuses que celle qui coule par l'urèthre (*Rosas*, *Beer*). Le pronostic sera excessivement grave, d'au-

tant plus que du pus existe peut-être dans l'intérieur des deux chambres. On devra être satisfait si l'œil a conservé sa forme, et si une partie de la cornée est restée transparente (*Jüngken*).

Constitution du sujet, conditions morales et circonstances hygiéniques. Si le malade est pauvre, exténué par des privations longues; si son moral est affecté, soit par les chagrins inséparables d'une position malheureuse, soit que le malade redoute, pour lui ou pour des enfans dont il est l'unique soutien, les suites d'un mal aussi grave; s'il habite un lieu bas, humide, mal aéré et infect; si la position dans laquelle se trouve le malade ne permet pas d'espérer des soins assidus autant qu'intelligens, le pronostic sera toujours grave. Dans des conditions opposées, il le sera beaucoup moins, toutes choses égales d'ailleurs.

Rapidité de la marche. On peut dire en général que l'ophthalmie est d'autant moins grave que les phénomènes morbides qui la constituent se succèdent avec moins de rapidité; toutefois il ne faut point s'en laisser imposer par l'apparence de bénignité que revêt quelquefois cette ophthalmie redoutable : il n'est pas très-rare, en effet, de rencontrer certains cas dans lesquels la maladie, marchant d'abord avec lenteur, éclate soudainement avec une sorte de férocité. On a cru remarquer que la terminaison était alors plus souvent funeste (*Sanson*). Il arrive d'autres fois que la marche de la maladie est lente parce qu'elle attaque des individus débilités. On commettrait une erreur grave si dans tous les cas on se rendait raison de ce fait parce qu'il existe quelque disposition heureuse chez le malade. Loin de s'applaudir de cela, le médecin devra au contraire redouter de voir se développer une affection aussi grave chez un individu dont la constitution faible et détériorée ne permet pas d'avoir recours à des moyens énergiques de traitement. Il est préférable, sans contredit, de voir une maladie se raidir contre les remèdes plutôt que de ne pouvoir en administrer aucun; car il est plus facile de combattre une affection aiguë, quelque

grave qu'elle soit d'ailleurs, que de rendre à l'économie l'énergie nécessaire pour qu'elle puisse supporter l'action toujours destructive d'une médication énergique.

Terminaisons. La terminaison par ulcérations est d'autant plus grave que celles qui surviennent ordinairement dans ce cas, s'étendant davantage en circonférence, peuvent donner lieu à la formation de taies plus étendues. Le pronostic, toujours grave dans ce cas, variera suivant les altérations de la cornée qui succèdent aux ulcérations, et suivant le degré et le siége de ces altérations. Ainsi il sera différent suivant qu'il sera survenu des adhérences de l'iris à la cornée, des staphylômes, etc.

Mode de traitement. Si nous en croyons la plupart des auteurs qui ont préconisé les antiphlogistiques, nous ne devons pas espérer de voir la maladie se terminer heureusement quand on aura eu recours à cette méthode de traitement. *Beer* dit que si dans la première période on ne peut pas parvenir à rétablir l'écoulement de l'urèthre, on ne doit « *rien attendre des autres moyens généraux et locaux.* » Dans la deuxième période, l'issue de la maladie dépend en grande partie de la possibilité de rétablir l'écoulement. On ne peut rien promettre (page 546). *Rosas* considère cette ophthalmie comme étant pleine de dangers. *Jüngken* dit que l'on doit être prudent quand on porte son pronostic, parce que cette ophthalmie est excessivement grave. « *On « doit s'estimer heureux si la forme de l'œil et la vision sont conservées en « partie.* » (Page 352.) *Weller* ne considère le pronostic comme *assez favorable* que dans le cas où la sécrétion puriforme n'est *pas encore très-considérable;* il faut en outre pour cela que le médecin ait été appelé *dès le début.* Si les parties externes et internes sont le siége d'une abondante suppuration, l'œil ne tarde pas à être détruit (page 162). *Lawrence*, que des revers nombreux n'ont pu convertir, regarde la perte de l'œil comme étant *presque inévitable* si l'on n'est pas appelé *dès le début* de la maladie (page 191). Nous voyons donc que ceux qui

préconisent la méthode antiphlogistique *n'en attendent rien quand la maladie est arrivée à la période de suppuration.* Il résulte évidemment de là que cette méthode est considérée comme étant tout à fait inefficace dans les *cas graves* par ceux mêmes qui y ont recours. Dès-lors nous sommes pleinement autorisé à dire que *le pronostic sera d'autant plus fâcheux que l'on aura fait usage de la méthode antiphlogistique* comme méthode principale de traitement.

Traitement.

S'il était vrai de dire qu'une maladie est d'autant plus grave qu'un plus grand nombre de moyens ont été dirigés contre elle, on pourrait dire (et cela n'est malheureusement que trop vrai) que l'ophthalmie blennorrhagique est une des maladies les plus tristes qui peuvent affliger l'humanité. Il est peu d'affections, en effet, contre lesquelles on ait préconisé un aussi grand nombre de moyens et dont le mode d'action soit si différent. C'est ainsi que les antiphlogistiques, tant vantés par quelques praticiens, sont considérés par d'autres comme tout à fait inefficaces, et remplacés par les excitans les plus énergiques, voire même par la cautérisation des parties affectées. D'autres médecins, non moins recommandables par leur savoir et leur grande expérience, ont eu recours aux mercuriaux dans l'intention de modifier la marche d'une affection qui, se développant sous l'influence d'une affection vénérienne, pouvait être modifiée par les moyens à l'aide desquels on combat la syphilis avec tant de succès. Quelques-uns, rattachant le développement de cette ophthalmie si redoutable à la métastase d'un écoulement gonorrhéique, ont proposé le rétablissement de l'écoulement prétendu supprimé, soit comme une indication qu'il est indispensable de remplir, soit, le croirait-on, comme méthode exclusive de traitement. L'incision des parties affectées, l'excision de la conjonctive boursouflée, indiquées depuis fort long-temps par les auteurs, ont été considérées comme très-efficaces par les uns et rejetées par d'autres. Dernièrement enfin, l'un des chirurgiens les plus recom-

mandables de notre époque a proposé une méthode de traitement qu'il a mise en pratique avec succès dans quelques cas, et que le raisonnement indique devoir être efficace.

Méthode antiphlogistique. L'ophthalmie blennorrhagique étant caractérisée par un gonflement des paupières inflammatoire et œdémateux, par une congestion plus ou moins forte, par des phénomènes quelquefois très-intenses de réaction, on a dû chercher à la combattre par les antiphlogistiques, et cela avec d'autant plus d'assurance, que l'on voyait la blennorrhée catarrhale céder aux mêmes moyens avec une extrême facilité. Mais on commettrait une erreur bien grave assurément si l'on supposait que toutes les affections qui revêtent les mêmes formes extérieures sont nécessairement de même nature, et doivent par conséquent être modifiées par les mêmes agens thérapeutiques. Cette idée, si large et en apparence si philosophique, de rattacher les maladies nombreuses qui affligent l'humanité à une seule et même cause diversement modifiée, quelque séduisante qu'elle soit d'ailleurs, ne saurait être admise dans l'état actuel de la science. On connaît, en effet, un assez grand nombre d'affections qui ont tous les caractères apparens d'une inflammation vive, et qui cependant ne peuvent être considérées comme étant de même nature. Personne ne doute plus aujourd'hui qu'il n'existe des ophthalmies intermittentes, lesquelles résistent aux antiphlogistiques, quelque énergiques et bien dirigés qu'ils soient d'ailleurs, et cèdent comme par enchantement aux préparations de quinquina. Il y a certainement une différence entre deux affections dont l'une, revenant par accès périodiques, cède à heure et jour fixes à la suite de l'administration de certaines préparations, tandis que l'autre continue, n'est en rien modifiée par ces mêmes moyens ; et cependant il est impossible de distinguer l'une de l'autre ces deux affections, si l'on ne considère que leurs phénomènes locaux. Nous pourrions citer encore les maladies éruptives, et la variole en particulier. Tout ici

dénote une inflammation vive ; il y a une rougeur plus ou moins considérable de la peau ; on voit se développer des pustules contenant d'abord de la sérosité, puis enfin du pus véritable. Il y a en outre des phénomènes de réaction, tels que de la céphalalgie, de la fièvre, etc. : et cependant il n'y a pas ici qu'une inflammation de la peau, puisque l'on a vu cette inflammation manquer, et les phénomènes généraux exister également. D'ailleurs la méthode antiphlogistique n'exercerait aucune influence utile. Il résulte de là, *quelle qu'en soit d'ailleurs la cause*, que des maladies peuvent avoir les mêmes apparences extérieures et être de nature toute différente.

Quand je dis que l'ophthalmie blennorrhagique n'est pas une affection essentiellement inflammatoire, je n'entends point dire que l'inflammation ne joue un certain rôle, et qu'elle ne doive réclamer l'attention du médecin. Je suis porté à croire que l'élément inflammatoire entre pour quelque chose dans la production des phénomènes morbides, mais que l'inflammation ne doit être considérée que comme un accident de la maladie : or, cela établit une grande différence par rapport au traitement. En effet, l'inflammation ne constituant pas l'essence de la maladie, on ne doit considérer les antiphlogistiques que comme des moyens auxiliaires auxquels il peut être utile d'avoir recours, mais qui, employés exclusivement, ne sauraient modifier d'une manière heureuse la marche de la maladie (dans le plus grand nombre des cas, comme de raison). Cette opinion paraît être celle de la plupart des médecins qui ne considèrent pas l'ophthalmie blennorrhagique comme une affection essentiellement inflammatoire ; ces praticiens ont bien recours, il est vrai, aux émissions sanguines, mais ils ne les proportionnent pas à l'intensité des accidens. M. *Prévost*, de Genève, et M. *Sanson*, par exemple, saignent généralement ; mais la saignée n'est pas considérée par ces deux praticiens distingués comme ayant le pouvoir de modifier la cause du mal, puisqu'ils ne la proportionnent pas à son intensité ; l'un y a recours dans le but de favoriser l'absorption du mercure, et l'autre cherche à préve-

nir les *accidens inflammatoires* auxquels la cautérisation pourrait donner lieu.

On conçoit facilement pourquoi la méthode antiphlogistique n'a pas de succès dans l'ophthalmie blennorrhagique. On sait en effet, nous disait M. *Prévost*, que les émissions sanguines sont surtout efficaces quand l'organe malade est *largement et faiblement altéré*. C'est ainsi que la saignée générale, si utile dans un phlegmon largement étendu de l'avant-bras et de la main, par exemple, ne saurait être efficace dans un panaris, quand bien même les altérations pathologiques existent à un degré moins avancé. Or, dans l'ophthalmie blennorrhagique, d'une part, l'organe affecté est peu étendu, et d'autre part il est profondément altéré.

Je dirai enfin que si l'on considère l'ophthalmie blennorrhagique comme une affection essentiellement inflammatoire, on doit agir comme on le fait alors, c'est-à-dire ne plus tirer de sang quand la suppuration est survenue; mais comme la suppuration est dans le plus grand nombre des cas graves un des premiers symptômes qui apparaissent, il en résulte que la méthode antiphlogistique, dans cette hypothèse même, n'est indiquée que dans les cas exceptionnels.

Bien que ces raisons nous paraissent suffisantes pour ne pas recourir aux antiphlogistiques comme moyen principal, nous avons cherché à résoudre la question par des faits, et nous avons trouvé dans cet examen la confirmation des déductions auxquelles nous étions arrivé à l'aide du raisonnement. Nous ferons observer qu'il n'est rien ici qui doive nous étonner beaucoup. En effet, en traitant du pronostic (page 37), nous avons vu que beaucoup de praticiens qui emploient les antiphlogistiques avaient infiniment peu de confiance dans cette médication quand la suppuration existe déjà. Or, comme les yeux sont toujours suppurans lorsque les malades se présentent dans les hôpitaux, par exemple, il en résulte que dans ces circonstances on ne doit rien attendre de la méthode antiphlogistique, de l'aveu même des praticiens qui y ont recours.

Nous allons rapporter d'abord tous les cas de réussite que nous

avons pu recueillir en faisant des recherches extrêmement nombreuses.

XIIIe OBS. *Schmucker* rapporte un cas d'ophthalmie blennorrhagique grave survenue à la suite de la suppression d'une blennorrhagie. Les deux yeux étaient affectés lorsque ce praticien vit le malade; du pus existait déjà dans la chambre antérieure. On pratiqua deux saignées dans les deux premiers jours, et on fit deux applications de sangsues. Le cinquième jour, l'écoulement blennorrhagique commença à reparaître. Le malade fut purgé avec le calomel à plusieurs reprises. Le treizième jour, l'inflammation était presque complètement disparue. (*Auserlesene sammlung der besten medicinischen und chirurgischen, schriften* II *Band.* p. 320.)

XIVe OBS. M. de P***, lieutenant-colonel, atteint depuis deux jours d'une blennorrhagie, vit cet écoulement se supprimer tout à coup. Une ophthalmie excessivement intense se développe aux deux yeux; le gauche était plus affecté. (*Sangsues. Collyres avec le sublimé.*) L'inflammation augmente beaucoup sous l'influence de ce traitement. M. *Lusardi* est appelé le cinquième jour. Gonflement des paupières, écoulement d'une matière puriforme mêlée de larmes, photophobie très-intense, cornées nébuleuses, humeur aqueuse trouble, pupilles très-rétrécies; vue presque nulle, surtout *du côté gauche, où l'application des sangsues avait été faite.* (*Trois saignées* copieuses dans les vingt-quatre heures, compresses imbibées d'une décoction froide de têtes de pavots, avec addition, le lendemain, d'extrait de belladone; cataplasmes autour du pénis.) Au huitième jour de ce traitement, tous les accidens graves étaient disparus. (*Vésicatoire à la nuque.*) L'écoulement des paupières cessa d'exister, et celui de l'urèthre reparut. Le quinzième jour, l'ophthalmie était complètement guérie.

Un traitement antiphlogistique, employé dès le principe, a toujours fait éviter à M. *Lusardi* les accidens qui arrivent à la suite de cette

ophthalmie. L'effet du collyre mercuriel est toujours nuisible dans une ophthalmie aiguë, quelle que soit sa cause. (*Lusardi.*)

XVe OBS. « M. *Wardrop* déclare que *le seul cas* d'ophthalmie gonorrhéique où il soit parvenu à conserver les yeux du malade est celui d'une jeune femme qui fut saignée du bras aussi souvent qu'on put obtenir du sang. Cette malade perdit cent soixante-dix onces de sang en quelques jours; elle était comme exsangue, et sa peau avait la couleur de la cire. » (*Archives*, t. XXVII, p. 91.)

Un élève a publié ces trois observations recueillies dans le service de M. *Ricord.*

XVIe OBS. Klein, atteint d'une blennorrhagie et d'un bubon non suppuré depuis deux jours, s'inocule la matière provenant de l'écoulement uréthral. L'œil droit se tuméfie; la cornée est opaque; la muqueuse est d'un rouge vif uniforme; photophobie; élancemens dans l'orbite; écoulement puriforme abondant. (*Saignée du bras, 20 sangsues; lavemens purgatifs.*) Le lendemain, les douleurs ont disparu. (*Vésicatoire à la nuque.*) Le surlendemain, presque toute l'inflammation est éteinte.

XVIIe OBS. Déchaume, âgé de dix-neuf ans, avait une uréthrite depuis deux mois environ, et une ophthalmie blennorrhagique à gauche depuis dix jours. La cornée est enfoncée de près d'une demi-ligne au-dessous du bourrelet formé par la conjonctive. (*Séton; 20 sangsues; potion purgative; extrait de belladone autour de l'orbite.*) Le lendemain, nouvelle application de sangsues. Cinq jours après, l'œil était guéri.

XVIIIe OBS. « Entré le 12 juin, Dufour était atteint d'une ophthalmie blennorrhagique double qui datait de quatre jours; l'œil droit surtout était *dans un danger imminent.* Ainsi donc, mêmes symptômes que dans les deux cas précédens; mais de plus, tuméfaction des paupières supérieures beaucoup plus étendue. Le malade était

« vigoureux et jeune (vingt-trois ans). Le 13, *saignée du bras de* « *deux palettes ;* 20 *sangsues sur la région temporale droite*, 10 *à gau-* « *che ; séton à la nuque ; bains de pieds sinapisés ; purgatif.* Du jour au « lendemain, le malade éprouva un soulagement très-sensible. Il n'a- « vait pas eu de sommeil depuis cinq nuits ; il dormit plusieurs heu- « res celles qui suivirent. Le 14, même état. Le 15, l'œil gauche est « sauvé ; mais l'inflammation ne semble pas avoir abandonné com- « plètement le droit. (15 *sangsues de ce côté ; purgatifs, révulsif.*) Le 16, « mieux. Le 17, l'œil gauche est en voie de parfaite guérison ; mais à « droite, les paupières pouvant être relevées, on aperçoit une ulcéra- « tion de la cornée placée à la partie supérieure de cette membrane ; « l'iris est déformé en haut ; la vision est *très-obscure* et très-doulou- « reuse. Ce jour, il est survenu au malade une hydarthrose de l'arti- « culation du genou gauche, très-aiguë, très-intense, qui a agi au « bénéfice de l'inflammation des yeux. De jour en jour l'œil gauche « s'affermit dans sa guérison ; la cicatrisation de l'ulcère de la cornée « s'organise ; et la vision, j'espère, ne sera pas perdue entièrement « pour l'œil de ce côté. Aujourd'hui, 25 juin, le malade va aussi bien « que possible. *Des collyres astringens* termineront le traitement et « hâteront la guérison de l'ophthalmie. » (*Gazette des hôpitaux*, tom. VII, p. 309.)

Des six cas que nous rapportons, deux sont tellement peu graves (obs. XVI, XVII), que nous ne pensons pas qu'on doive les considérer comme militant en faveur de la méthode antiphlogistique. Nous dirons même plus ; nous regardons la XVIIIe observation comme un de ces cas dans lesquels la méthode antiphlogistique, administrée, il est vrai, avec *une extrême timidité*, a échoué. Dans l'espace de quarante-huit heures, on tire *huit onces de sang* et on applique trente sangsues, et cela à un malade *vigoureux et jeune*, chez lequel *l'œil droit était dans un danger imminent.* Le surlendemain un des deux yeux est sauvé ; mais l'inflammation n'ayant pas *abandonné complètement* l'œil droit, on se hasarde à appliquer *quinze sangsues.* Puis le surlendemain on aperçoit une *ulcération* de la cornée ; la vision est très-obscure.

Enfin, à sa sortie de l'hôpital, le malade *va aussi bien que possible.*

En lisant cette observation, on se demande ce que M. *Ricord* entend par tomber *à bras raccourcis sur la phlegmasie.* C'était assurément le cas « de *prendre la phlegmasie corps à corps, de la suivre, de la poursui-* « *vre,* » de la pourfendre même. Car, « *si vous lui laissez prendre droit de* « *domicile, tout est perdu,* etc. *Le médecin,* ajoute-t-il, *doit avoir raison* « *du jour au lendemain.* » M. *Ricord* pouvait avoir entièrement raison le lendemain de l'entrée du malade dans son service ; mais à sa sortie il avait tort.

Anisius, qui écrivait en 1725, recommande d'avoir recours à la méthode antiphlogistique « Requirit ea (ophthalmia venerea) sangui- « nis largam et frequentem missionem, his peractis si eventius *ex* « *voto non successerit.* D.-N. Geofray sub circulo isto carneo, qui in « adnata est, admissa, ea quæ acu arripueris, forcine discendere ju- « bet. » Mais il confesse que dans certains cas la maladie n'est en rien modifiée par ce traitement. « Verùm ægroti *sæpiùs* auxilium ni- « mis serò implorant, *aut malum tam grave est, ut nullis licet optimis* « *remediis tunc cedat.* » Il rapporte deux exemples de guérison, mais qui sont trop sommaires pour que l'on puisse en rien conclure.

Nous avons rapporté trois observations de cas graves (obs. XIII, XIV, XV), qui, par conséquent, militent en faveur de la méthode antiphlogistique. Mais si l'on considère combien sont nombreux les cas dans lesquels cette méthode échoue complètement, on devra, ce me semble, considérer ceux-ci comme autant d'exceptions. Il ne suffit pas, en effet, de voir la vision se rétablir chez quelques malades pour ériger en principe que les méthodes antiphlogistique et dérivative combinées sont efficaces; on doit se baser sur un grand nombre de faits, comme cela se pratique à l'égard des autres maladies. Quand, par exemple, on dit que la saignée est efficace dans la pneumonie, on entend dire par là que l'on guérit cinq malades sur six, par exemple. Mais s'il survient des complications, des accidens nerveux ou autres, et qu'à l'aide des mêmes moyens on ne guérisse qu'un malade sur six, on devra en conclure que ce traitement n'est pas celui

qui convient; on sera dès-lors pleinement autorisé sinon à le rejeter complètement, tout au moins à y attacher fort peu d'importance. Or, les choses se présentent sous un jour moins favorable encore dans le cas d'ophthalmie blennorrhagique. Nous allons en juger.

M. *Lawrence*, dans l'ouvrage qu'il a publié sur les maladies vénériennes de l'œil, et dont nous n'avons pu lire que des extraits, rapporte vingt-quatre observations d'ophthalmie blennorrhagique. Dans quatorze cas l'ophthalmie était sous une forme très-aiguë : neuf malades perdirent la vue, soit à la suite de suppuration, soit par des opacités de la cornée. « Dans deux cas, un œil fut perdu et l'autre « sauvé. Dans les cinq autres cas, la vue se rétablit, avec une opacité « partielle de la cornée, et une adhérence antérieure de l'iris dans « trois cas. » Les trois observations qui suivent donnent une idée de l'*efficacité* d'une méthode antiphlogistique excessivement énergique dans trois de ces cas de *réussite*.

XIXe obs. Seager, âgé de vingt ans, avait une blennorrhagie depuis un mois. Le 1er novembre, faiblesse et douleur dans l'œil gauche, sécrétion d'une matière jaunâtre. La blennorrhagie diminua en proportion, sans disparaître jamais complètement. Le 3, l'œil est affecté, mais plus faiblement; le malade s'est essuyé les yeux avec un linge sur lequel était déposé de la matière blennorrhagique. Le 6 novembre, conjonctive granulée, comme raboteuse, etc. La cornée gauche présente une escharre blanchâtre, qui en occupe le quart à peu près; celle de l'œil droit est intacte, la vision parfaite : réaction. Dans l'espace de douze jours, on tira 80 *onces de sang*, dont 20 par le moyen de ventouses à la tempe. On appliqua 170 *sangsues;* purgatifs répétés cinq jours de suite; vésicatoires. Le 12, une ulcération existe sur la cornée de l'œil droit; il y a un staphylôme de l'autre côté. Le 23 décembre, l'ulcère de la cornée droite n'est pas tout à fait cicatrisé; imperfection de la vision de l'œil gauche. (*Archives*, p. 102.)

XXe obs. J. Carley, âgé de vingt-huit ans, d'une faible constitution,

contracte une blennorrhagie. Un mois après, violente inflammation aux deux yeux; gonorrhée diminuée. Admis à l'hôpital le 27 avril, les cornées sont ulcérées, opaques. (Ventouses, 16 onces de sang; purgatifs.) Le 28, amélioration. (Calomel et jalap.) Le 30, la main et le genou gauches deviennent douloureux. (Ventouses, 16 onces de sang; 6 sangsues à chaque œil.) Le 3 mai, les yeux et les articulations sont beaucoup mieux. (Vin de colchique.) Le 5, dix sangsues à l'œil gauche, vésicatoire à la nuque. Cornée de l'œil droit nébuleuse, légèrement irrégulière vers le point ulcéré; celle du côté gauche plus irrégulière, couverte d'un nuage très-étendu; vision imparfaite. (*Archives*, p. 106.)

XXIe OBS. Un boxeur d'une force athlétique porte à ses yeux ses mains souillées de fluide uréthral. Le 20 septembre 1827, quatre jours après le commencement de l'ophthalmie, il entre à l'hôpital Saint-Barthélemy. Dans l'espace de deux jours on tira 154 *onces de sang* de l'artère temporale, et on appliqua 80 *sangsues;* on donna de fortes doses de calomel et d'extrait de coloquinte, puis des sels de magnésie de deux en deux heures; on appliqua des vésicatoires derrière l'oreille, à la tempe. Le 29, la membrane hyaloïde fait hernie à travers une ulcération. Le 25 octobre, le gonflement de la cornée persistait encore; le malade voit distinctement. En 1829, à l'endroit où proéminait l'iris, il existait un point opaque à peu près circulaire, d'environ une ligne de diamètre, auquel adhérait l'iris. (*Archives*, p. 101.)

Nous rapporterons maintenant quelques observations de non-guérison.

XXIIe OBS. Un étudiant, ayant une blennorrhagie, nettoyait les yeux d'un enfant atteint d'ophthalmie purulente. Le liquide jaillit dans son œil droit. Trois ou quatre jours après, douleur vive, photophobie. *Quatre saignées jusqu'à syncope* sont pratiquées; *ventouses* à la nuque et à la tempe; *de nombreuses sangsues* sont appliquées autour de l'or-

bite ; *purgatifs antimoniaux*, puis *lotions astringentes*. Vue perdue. M. *Lawrence* croit que cette ophthalmie était de nature gonorrhéique, parce qu'elle ne s'est pas développée dans les premières vingt-quatre heures qui ont suivi l'inoculation, parce qu'un traitement antiphlogistique énergique a été inefficace. (*Archives*, p. 99.)

XXIIIe obs. Un élève suivant la clinique de M. *Lawrence* pria ce chirurgien de regarder un de ses yeux : les vaisseaux étaient injectés, les paupières tuméfiées, et le chémosis commençant. On le saigna *trois fois dans l'espace de vingt-quatre heures jusqu'à syncope*. Le lendemain on appliqua *des sangsues;* mais la cornée devint opaque dès le quatrième jour. Le malade confessa qu'il avait une blennorrhagie. La coexistence de cette maladie, jointe au développement de l'ophthalmie, qui n'atteignit qu'un œil, porta M. *Lawrence* à croire qu'il avait à traiter une ophthalmie blennorrhagique. (*Lawrence*, p. 195.)

Il résulte de la pratique de ce chirurgien distingué qu'à l'aide de la méthode antiphlogistique il n'a jamais pu obtenir un seul cas de guérison parfaite ; et certes on ne dira pas que les antiphlogistiques ont été employés avec timidité, ni qu'ils l'ont été par des mains peu habiles.

M. *Wardrop*, comme nous l'avons déjà dit, n'a pu conserver la vue qu'à un seul malade, et cela en le rendant exsangue; sa peau était couleur de cire (*Archives*, t. 27, page 91). Ce chirurgien n'est pas le seul praticien qui ait saigné les malades avec autant de hardiesse. M. *Sanson* a employé, jusque dans ces derniers temps, une méthode de traitement tout aussi énergique; mais, plus conséquent avec sa propre expérience, il a renoncé à cette médication, bien qu'il n'ait pas été aussi malheureux que M. *Wardrop*. M. *Dupuytren* a complètement renoncé aux antiphlogistiques, vu leur inefficacité absolue. M. *Guthrie*, convaincu de *l'inefficacité absolue* de la méthode antiphlogistique pour arrêter la maladie dans sa marche croissante, a eu recours au nitrate d'argent. Nous pourrions en dire autant de MM. *Roux*, *Velpeau*, *Sichel*, *Carron de Villards*.

L'opinion de ces praticiens a beaucoup de valeur à nos yeux. Il n y a point eu prévention de leur part. Tous, à une certaine époque, ont employé les antiphlogistiques, avec la conviction qu'ils étaient indiqués par la nature même du mal; et tous, faisant le sacrifice de leurs opinions, ont été obligés d'y renoncer après les avoir vus échouer dans leurs mains. Si l'on compulse les auteurs, on en trouvera fort peu qui persistent à avoir de la confiance dans la méthode antiphlogistique; et entre ceux qui ont recours à cette méthode de traitement, on n'en trouvera aucun qui ne porte un pronostic très-fâcheux. Il est fort remarquable que presque tous les praticiens qui rejettent aujourd'hui les antiphlogistiques ont commencé par y avoir recours. Cette circonstance a, nous le répétons, une grande valeur; car on ne change pas ainsi de manière de voir avec légèreté.

Nous allons rapporter quelques-unes des observations que nous avons trouvées dans les auteurs, et desquelles il résulte que les méthodes antiphlogistique et dérivative réunies sont le plus souvent inefficaces.

XXIVe OBS. Un jeune homme affecté d'une gonorrhée depuis dix jours porte à l'œil droit ses doigts empreints de la matière qui s'écoulait par l'urèthre. Quelques heures après, une ophthalmie très-grave se développe; l'écoulement ne diminue pas d'intensité; la conjonctive est excessivement enflammée; la cornée est déjà opaque lors de l'entrée du malade à l'infirmerie. La réaction est intense. (*Deux saignées jusqu'à syncope le même jour; purgatif.*) Le deuxième jour, *nouvelle saignée jusqu'à syncope;* le soir, *des sangsues* sont appliquées à la tempe; forte dose de calomel à prendre toutes les deux heures. Le troisième jour, le pouls est moins fréquent, la cornée est devenue chaque jour plus opaque. (*Quatrième saignée jusqu'à syncope.*) Le quatrième jour les humeurs de l'œil s'échappent, ce qui amène un soulagement immédiat. (*Wardrop. The London medical Repository and Review, New Series,* Tom. V, pag. 425.)

XXVe OBS. *Swediaur* considère comme *très-ignorant* un médecin

qui avait pratiqué des *saignées* dans un cas d'ophthalmie blennorrhagique. Un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, capitaine sous l'empire, est commandé pour monter la garde par un temps très-froid, pendant qu'il était affligé d'une gonorrhée violente. Vers minuit, il est pris d'une douleur très-vive aux deux yeux; peu de temps après, photophobie intense. Le lendemain, écoulement puriforme abondant par les deux yeux; l'albuginée paraît très-enflée. (*Saignées.*) Le troisième jour, la cornée est entièrement opaque, et un hypopion formé. Dix jours après, l'écoulement puriforme fut tari. Le malade resta aveugle. (T. I, pag. 257.)

Dans deux autres cas, la maladie se termina d'une manière également funeste.

XXVIe OBS. Un militaire âgé de vingt-trois ans fut atteint d'une ophthalmie blennorrhagique grave; on le saigna à plusieurs reprises du pied et du bras; dix sangsues furent appliquées vers l'œil. Le vingt-cinquième jour, l'œil pouvant être entr'ouvert, *on reconnut qu'il s'était formé plusieurs points de suppuration à la cornée transparente.* (*C. Remy, Thèse de la Faculté*, an XIII, n° 449.)

XXVIIe OBS. Un marchand, ayant eu des relations avec une femme suspecte, fut affecté d'une blennorrhagie. Quelques injections d'eau de *Goulard* ayant été faites, une ophthalmie se développa à l'œil gauche: rougeur de la conjonctive, obscurcissement de la cornée, hypopion. (*Saignées, vésicatoire à la nuque.*) Pas de changement en bien. *Fréteau* fit laver l'œil avec une dissolution de muriate suroxygéné de mercure, qu'il administra également à l'intérieur. Chaque jour le malade fit des frictions. En cinq semaines, l'œil a été complètement dégagé. (*Fréteau*, pag. 148.)

XXVIIIe OBS. Dans un cas très-peu grave d'ophthalmie blennorrhagique, M. *Demours* fit pratiquer une saignée au pied, et plaça une bougie dans l'urèthre. « *L'ophthalmie a parcouru heureusement ses pé-*

riodes. » Le malade avait *de légères excoriations* à l'œil gauche, presque point à l'œil droit. (Obs. 100.)

XXIXe OBS. Un malade atteint d'une ophthalmie double assez intense entre le deuxième jour dans une des salles de médecine de la Pitié. On le saigna quatre fois, on lui appliqua des sangsues aux tempes et derrière les oreilles à plusieurs reprises. Au bout de dix jours, la cornée de l'un d'eux était tombée en fonte purulente. Le malade est resté aveugle malgré les soins éclairés que lui donna M. *Velpeau*, dans les salles duquel on avait fait passer ce malheureux. (*Lancette française*, t. V, pag. 154.)

Nous ajouterons cependant que M. *Mayor*, chirurgien très-habile de Genève, nous a dit avoir été heureux dans sa pratique, et n'avoir jamais eu recours qu'à la méthode antiphlogistique. Quoi qu'il en soit, ce chirurgien distingué a jugé favorablement la méthode de M. *Sanson*.

Rétablissement de l'écoulement uréthral.

Les auteurs qui ont admis que l'ophthalmie blennorrhagique était fréquemment le résultat d'une métastase ont dû attacher une grande importance au rétablissement de l'écoulement uréthral. Ainsi nous voyons *Astruc*, *Beer*, *Richter*, *Scarpa*, *Demours*, *Weller*, *Rosas*, *Jüngken* insister d'une manière particulière sur ce point de thérapeutique, et considérer le rétablissement de la gonorrhée comme une indication qu'il est très-important de remplir. Je ferai observer d'abord que, si l'on ne considérait que le grand nombre et la diversité des moyens qui ont été préconisés pour remplir cette indication, on trouverait déjà dans cette circonstance une forte raison de croire que le rétablissement, ou, pour parler plus exactement, le développement sous de nouveaux frais d'un écoulement par l'urèthre, n'est rien moins qu'une chose facile, et qu'en conséquence on doit peu compter sur l'influence que cela pourra exercer sur la marche ultérieure de l'ophthalmie.

S'il existe dans les organes génitaux une inflammation plus ou moins vive, *laquelle peut avoir été la cause de la suppression de la gonorrhée* (*Rosas* et autres), on l'attaquera à l'aide de moyens appropriés, tels que les sangsues ou ventouses au périnée, les bains locaux et généraux, les injections émollientes dans l'urèthre ou le vagin. On a conseillé des fomentations sur le bas-ventre avec une infusion de ciguë et de jusquiame, etc., etc. La rhubarbe, unie au nitrate de potasse, a été conseillée par *Schmuker* comme pouvant rétablir une gonorrhée soudainement supprimée. Le calomel uni aux laxatifs est conseillé par *Richter;* l'antimoine diaphorétique uni à la scammonée à mille pieds, par *Storek. Jüngken*, regardant comme tout à fait inefficaces (*ganz nutzloss*) les différens moyens préconisés par les praticiens, voire même l'inoculation de la matière blennorrhagique, qu'il considère comme un moyen dangereux, propose d'injecter dans l'urèthre, plusieurs fois le jour, une dissolution de deux, trois ou quatre grains de tartre stibié dans une once d'eau distillée, en ayant soin toutefois de ne pas faire arriver ce liquide jusque dans la vessie. Viennent ensuite les injections avec le sublimé, la potasse caustique, le nitrate d'argent, et l'introduction de bougies simples ou enduites de précipité rouge, etc., ou d'autres pommades irritantes. Mais tous ces moyens ne parvenant que très-rarement à donner lieu à un nouvel écoulement de l'urèthre, on a imaginé d'avoir recours à l'inoculation de la matière blennorrhagique, ou de celle qui s'écoule de l'œil. Quoi que l'on fasse, c'est une chose fort difficile que de donner lieu au développement d'une uréthrite, de l'aveu même des personnes qui, y attachant une grande importance, ont dû prendre toutes les précautions convenables. J'ajouterai que *Nisbeth* dit n'avoir jamais pu y parvenir (p. 26). « Les praticiens de « bonne foi, dit *Delpech,* savent et conviennent de toute l'inefficacité « d'une bougie infectée portée dans le canal de l'urèthre, dans l'intention d'inoculer de nouveau la gonorrhée, et pour opposer à la métastase, que l'on suppose avoir produit l'ophthalmie, un travail en « sens inverse. » (*Clinique,* t. I, p. 321.)

Le développement d'un nouvel écoulement uréthral peut être envisagé sous deux points de vue différens : si l'on se propose par là de déterminer une sorte de dérivation, on peut y recourir avec quelque avantage ; il conviendra également d'éviter tout ce qui pourrait diminuer cet écoulement, ou donner lieu à sa suppression. Mais si, considérant cette indication comme très-importante, on lui subordonne les autres moyens de traitement, nous pensons que l'on ne saurait rejeter trop loin cette proposition. Il est bien certain, en effet, que la présence ou l'absence d'un écoulement uréthral n'influe en rien la marche de la maladie dans un très-grand nombre de cas. Non-seulement on voit des ophthalmies très-graves marcher de concert avec un écoulement blennorrhagique très-intense, mais encore on n'observe pas que la gravité de l'ophthalmie soit en raison inverse du degré de développement de l'uréthrite. Si, dès-lors, on voit des ophthalmies graves ou légères coexister avec une uréthrite intense, on ne doit pas admettre, ce semble, que l'irritation de la muqueuse de l'urèthre exerce une grande influence sur les développemens et la marche de l'ophthalmie. Quand bien même il serait prouvé que le développement d'une uréthrite pût exercer une influence salutaire sur l'ophthalmie, on ne devrait avoir que peu de confiance en ce moyen, parce que nous ne possédons aucun agent thérapeutique qui, règle générale, puisse donner lieu au développement d'une uréthrite en moins de vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures ou davantage. Or, si l'ophthalmie est intense, la vision pourra être perdue quand apparaîtra l'écoulement ; ou bien les altérations de la cornée ou des autres parties du globe oculaire pourront être arrivées à un degré assez avancé pour qu'elles ne puissent céder qu'à l'action de moyens locaux convenablement dirigés. On doit rejeter ce moyen, en second lieu, parce que, dans la plupart des cas, les tentatives que l'on fait pour rappeler l'écoulement uréthral sont tout à fait infructueuses.

En conséquence, on doit proscrire et les injections ou applications irritantes ou caustiques sur la muqueuse de l'urèthre, et l'inoculation de la matière blennorrhagique, parce que ces moyens sont dangereux,

et qu'encore, bien qu'ils parvinssent à rappeler l'écoulement en temps opportun, ce qui arrivera fort rarement, ils ne donnent pas lieu au développement d'une affection qui modifie les symptômes de l'ophthalmie ou l'arrête dans sa marche croissante.

Je terminerai en faisant observer que, si l'on en croyait les auteurs qui ont cité *Richter*, sans l'avoir lu sans doute, on devrait considérer ce praticien comme attachant au rétablissement de la gonorrhée autant d'importance que *Beer*, par exemple. Or, il n'en est pas ainsi : en effet, il conseille de rappeler l'écoulement lorsqu'à l'aide d'un traitement convenable (antiphlogistique et mercuriel combinés), on aura enlevé le danger de la suppuration en diminuant l'intensité de l'inflammation : «Sobald die Hestigkeit der Entzundung und die Gefahr der Eyterung gehoben ist, beschaftigt sich der Wundarzt mit der Wieder-herstellung des Tripperflusses und der Tilgung der venerischen Giftes durch Quecksielber» (p. 65); ce qui revient à dire qu'il faut guérir l'ophthalmie avant de songer à rétablir l'écoulement uréthral.

XXXe obs. Sur la fin de l'an X, un homme âgé de quarante ans, ayant couru la poste pendant qu'il était atteint d'une blennorrhagie, et par un froid excessif, vit cet écoulement se supprimer tout à fait. Le quatrième jour, photophobie; les deux yeux sont affectés, le gauche davantage que le droit; écoulement muqueux abondant. (*Six sangsues aux tempes, lavement.*) Cinquième jour, conjonctive d'un rouge foncé, faisant une saillie : l'œil droit est plus affecté. (*Nouvelle application de sangsues, instillation de laudanum.*) Sixième jour, exacerbation très-prononcée; vue obscurcie. (*Vésicatoire à la nuque.*) Septième jour, inoculation d'un nouvel écoulement blennorrhagique faite à midi. Huitième jour : la nuit a été moins mauvaise; léger écoulement par la verge; moment de calme. *A dix heures, écoulement uréthral bien caractérisé :* mieux réel; douleurs supportables. Le flux de la conjonctive continue. Le soir, la vue se rétablit en partie. Neuvième jour, amélioration notable; l'écoulement des yeux s'apaise en raison de l'augmentation de celui de l'urèthre, lequel est parfaite-

ment établi, sans causer trop de douleurs. Du dixième au vingtième jour, les yeux sont seulement très-sensibles à la lumière ; le malade se rétablit complètement. (*Pigou*, Thèse déjà citée.)

Croirait-on que des auteurs d'un grand nom en médecine, *Plenk* et *Hufland*, aient conseillé d'avoir recours uniquement au rétablissement de l'écoulement uréthral ; tant il est vrai de dire qu'en se servant du principe d'autorité on pourrait soutenir les opinions les plus absurdes !

Lange rapporte le fait suivant :

XXXIe OBS. « Un boucher vient consulter le docteur *Plenk* pour une « ophthalmie qui provenait d'une blennorrhagie récente qui avait été « mal traitée et supprimée. *Plenk* proposa, comme le moyen de guérison « le plus puissant, l'inoculation du virus gonorrhéique ; le malade, « qui conçut facilement ce dont il était question, répondit qu'il était « certain de l'application du remède. En effet, il fut prendre la « deuxième gonorrhée de la même personne qui lui avait donné la « première. Au bout de trois jours, son ophthalmie était guérie. » (*Cité dans Fréteau*, pag. 151.)

Hufland s'exprime de la sorte : « J'ai vu les ophthalmies les plus « vives survenir à la suite de la suppression de gonorrhée ; le seul « moyen (das einzige mittel) était le rétablissement de l'écoulement. » (Pag. 191.) Cela ne prouve autre chose si ce n'est que des ophthalmies blennorrhagiques graves peuvent guérir par les seules forces de la nature.

De l'emploi du mercure.

L'ophthalmie blennorrhagique se développant pendant que la maladie vénérienne existe sous l'une de ses formes, la blennorrhagie, on a dû employer le mercure. Si même il était bien démontré qu'au moyen d'un traitement mercuriel on peut modifier la cause du mal, quelle qu'elle soit d'ailleurs, on pourrait encore se demander si, dans tous les cas, on peut avoir recours à cette médication ; nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi. En effet, pour que le mercure puisse

modifier la cause du mal, il faut qu'il soit absorbé. Or, de quelque manière qu'on l'administre, soit à l'intérieur, soit en frictions, l'action du mercure est subordonnée à l'accomplissement de certaines lois physiques que le médecin ne peut pas toujours modifier à son gré. On pourra bien, il est vrai, hâter cette absorption : on emploiera, par exemple, le mercure en frictions ; on pratiquera une ou plusieurs saignées générales, etc. ; mais, quoi qu'on fasse, dans la plupart des cas graves, la vision sera détruite ou considérablement altérée quand le métal agira sur la cause présumée du mal, et dès-lors il ne faut plus songer aux moyens généraux. *Astruc* avait senti cela quand il dit : « Le mercure n'y fait souvent rien non plus, donné tant extérieurement « qu'intérieurement, parce que la promptitude de la maladie de- « vance son effet : aussi, je me souviens que l'on donna les frictions « mercurielles à un jeune homme, même à grande dose, pour aller « plus vite, mais en vain ; car le mercure ne déploie son activité que « le troisième ou quatrième jour pour le plus tôt, et l'œil est perdu « avant ce temps-là. » (Tom. III, pag. 159.) On sait d'ailleurs qu'il est des constitutions tout à fait réfractaires à l'action de ce métal. Dans ces cas, on peut administrer des doses considérables de mercure sans donner lieu au moindre accident. Mon ami le docteur *Genest* a administré tout récemment, dans l'espace de trois jours, et à doses toujours croissantes, la quantité énorme de 96 grains de calomel à une petite fille âgée de huit ans seulement, et cela sans déterminer *le moindre dérangement*, soit du côté de la bouche, soit du côté des voies digestives.

Salivation, frictions. Comme les accidens sont très-pressans et la marche de l'affection extrêmement rapide, on doit chercher à faire absorber dans un temps donné la plus grande quantité possible de mercure. Dans ce but, M. *Prévost* pratique une ou deux saignées générales, qui ont, en outre, l'avantage de parer à quelques-uns des accidens de l'ophthalmie, quand la réaction est très-prononcée et le pouls très-fréquent. Cet habile physiologiste a eu l'occasion, dans une pra-

tique extrêmement étendue, de recourir quelquefois à cette méthode de traitement, et avec un plein succès. Mais il faut bien distinguer les cas; et d'abord je dirai que l'on rencontre quelquefois des malades chez lesquels il est extrêmement difficile de donner lieu à la salivation, bien que l'on emploie en frictions une grande quantité de mercure, et que l'on prenne d'ailleurs toutes les précautions convenables. Si ce cas se présente rarement à l'observation, on a assez fréquemment l'occasion de faire une remarque tout opposée : on rencontre des malades chez lesquels des frictions très-légères déterminent vers la bouche des accidens dont il n'est pas toujours facile de se rendre maître. Il est enfin une troisième série d'individus, intermédiaire aux deux autres, et chez lesquels on peut faire, pendant un certain temps, des frictions très-souvent répétées, sans donner lieu au moindre accident. Si alors on augmente la quantité du mercure, ou même sans cela, on voit se déclarer des accidens qu'il est souvent très-difficile de calmer. Ce cas serait d'autant plus grave, que, n'ayant pu donner lieu à la salivation en temps opportun, on aura à combattre plus tard une affection qui résiste quelquefois fort long-temps à tous les moyens thérapeutiques. Mais, indépendamment de la difficulté, dans certains cas, de donner lieu à la salivation, et des accidens qui d'autres fois peuvent résulter de l'administration du mercure, il existe encore des contre-indications. Relativement à la maladie, sa marche rapide ne permet pas, dans beaucoup de cas, d'avoir recours à un moyen qui n'agit qu'après un certain laps de temps : ainsi il n'est pas très-rare de voir la vision complètement perdue dans l'espace de trois jours. Il faut convenir que si dans ce cas une médication peut avoir quelque résultat heureux, elle doit être non-seulement excessivement énergique, mais l'effet qu'elle produira devra suivre de très-près son administration. Or, dans ce cas, on ne saurait recourir au mercure : il en sera de même si la marche de la maladie est telle que l'on présume que la vision puisse être perdue dans l'espace de quatre, cinq ou six jours, surtout si l'on n'est appelé qu'à une époque à laquelle l'ophthalmie a déjà exercé des ravages. Or, ces cas

sont plus fréquens qu'on ne le pense : si alors on ne parvient pas à modifier la maladie dans les premiers jours, on doit s'attendre à voir la cornée présenter ou des taches, ou des ulcérations. Il résulte de ce que nous venons de dire que dans les cas graves il ne serait pas prudent d'avoir recours à une méthode de traitement quelquefois incertaine, toujours tardive dans son action. Que si l'ophthalmie fait des progrès peu rapides, si la tension des parties est peu considérable, il serait possible que le mercure, agissant sur la cause même du mal, pût arrêter la maladie dans ses progrès ; mais dans ce cas encore, il faut se rappeler que l'ophthalmie blennorrhagique affecte dans quelques circonstances une marche fort insidieuse, comme nous l'avons dit autre part.

Relativement au malade, les frictions mercurielles sont contre-indiquées s'il est affecté de scorbut, ou si quelque autre maladie devait faire redouter l'action du mercure sur la bouche ou les voies digestives.

XXXIIe OBS. Jacques Gr....., âgé de vingt-trois ans, est atteint d'une ophthalmie que l'on traite sans succès par les antiphlogistiques pendant six jours entiers. M. *Gassaud*, voyant ces remèdes échouer, pensant que cette ophthalmie pouvait être due à une cause spécifique, questionna ce militaire, qui, après mille détours, confessa qu'il s'était coupé une chaudepisse qui le tourmentait depuis deux mois. La vue était troublée lorsque le malade fit cet aveu, le chémosis manifeste. Le 16, troisième jour de la maladie, 8 *grains de calomel, friction de 2 gros.* Le 17, même état ; six grains de calomel. Le 18, *friction :* légère amélioration. On alterne ainsi pendant sept jours. Vers le 28, l'ophthalmie baisse encore davantage. *Frictions diminuées.* 1er septembre, la bouche devient malade ; des flots de salive coulent. Le 25, ce militaire rejoignit son corps. (*Gassaud, Nouvelle Bibliothèque médicale*, t. II, p. 36.)

XXXIIIe OBS. M. D..., âgé de cinquante-cinq ans, contracte une urétrite aiguë, accompagnée d'un bubon vénérien. (Traitement anti-

phlogistique.) Guérison des symptômes primitifs en trente-trois jours. Des pustules se manifestent au front. L'écoulement uréthral est imperceptible. Le 3 septembre, ophthalmie violente, yeux rouges, enflammés; photophobie intense, pus verdâtre découlant des deux yeux. (*Saignée, huit sangsues autour des orbites; deux gros d'onguent mercuriel en friction.*) Le 4, pas d'amélioration. (*Lavement mercuriel*, limonade tartrique, etc.) Le 5, friction d'un gros. Le 6, six grains de calomel. Le 7, *friction d'un gros et demi.* Le 8, vision impossible, injection forte de la cornée. (*Dix grains de calomel.*) Le 9, amélioration. (*Friction d'un demi-gros.*) Selles copieuses. Le 10, amélioration. Le 11, vision rétablie en partie; jusqu'au 19, continuation des moyens précités. Goût cuivreux. Le 20, la salivation s'établit très-abondante. L'ophthalmie s'éteint sans laisser de traces de son passage. (*Gassaud*, page 32.)

Insufflation de calomel. Hunter, ayant observé que le sublimé guérit très-promptement les ulcères de la bouche, soupçonnait que cela provenait peut-être de ce qu'il est appliqué aux parties malades, sur lesquelles il agit localement (page 373). Nous ignorons si telle est la cause principale des succès que M. *Dupuytren* dit avoir obtenus en ayant recours à cette manière d'administrer le mercure. Il pourrait arriver aussi que le calomel, appliqué directement sur les parties malades, agît comme excitant. Quoi qu'il en soit, cette médication paraît avoir été peu efficace.

XXXIVe OBS. Une femme d'environ vingt-cinq ans est affectée d'une ophthalmie blennorrhagique à l'œil droit. Conjonctive rouge, boursoufflée; douleurs très-vives; un pus verdâtre baigne les deux paupières, qui ne se laissent entr'ouvrir qu'avec difficulté. On commença les insufflations de calomel et les instillations de laudanum cinq jours après le début de la maladie. Peu à peu les symptômes se dissipèrent, et trois semaines après la guérison était parfaite. (*Leçons orales de Dupuytren*, page 123.)

XXXVe obs. L...., âgée de trente ans, marchande des quatre saisons, placée à l'une des extrémités du Pont-Neuf, est exposée aux intempéries de l'air. Elle a déjà eu plusieurs écoulemens. Le 20 janvier, après avoir été incommodée par le froid, l'œil droit devient le siége d'une douleur vive. Le lendemain, elle ne peut ouvrir les paupières, qui sont très-gonflées. Le 24, l'œil gauche s'affecte de la même manière. Cette femme entre le 2 février à l'Hôtel-Dieu. La conjonctive fait un bourrelet d'un rouge violet, fort douloureux, d'où s'écoule un mucus abondant, verdâtre, fétide; paupières tuméfiées très-fortement; élancemens profonds dans l'œil; réaction prononcée. La malade, atteinte d'un écoulement vaginal, se refuse à donner aucun renseignement (Insufflation de calomel, instillation de laudanum.) Nuit plus tranquille; sous l'influence de ces moyens, l'amélioration est prompte. *Cependant le bourrelet formé par la conjonctive n'a pas perdu assez de son volume pour laisser voir la cornée.....* Il ne serait donc pas étonnant qu'il y eût des ulcérations sur la cornée, et qu'elles produisissent une perforation..... Quinze jours après, l'œil gauche a repris ses fonctions. (Comme on ne parle pas de l'œil droit, il est probable qu'il était perdu.) (*Leçons orales* de M. *Dupuytren*, t. IV, p. 121.)

XXXVIe obs. Charles, âgé de vingt-sept ans, affecté depuis trois mois d'une ophthalmie, contracta, il y a quinze jours, une blennorrhagie peu intense. Le 1er juillet 1834, l'œil droit est enflammé; le 2, l'œil gauche est également malade. Il entre à l'Hôtel-Dieu. Le 3, *saignée du bras;* le 4, *deuxième saignée;* le 5, *deux cuillerées d'huile de ricin.* Le 7, les paupières sont très-tuméfiées; une matière puriforme très-abondante en découle; la conjonctive oculaire, très-enflammée, forme un bourrelet assez considérable entourant la cornée, qui n'est point altérée dans sa transparence; le pouls est plein, non fébrile. (*Insufflations de calomel deux fois par jour.*) Le 8, légère amélioration. Le 9, les deux yeux sont dans un bien meilleur état; l'écoulement purulent est diminué. Le 10, on écarte avec facilité les deux paupières l'une de l'autre; les douleurs ont disparu.

(*Continuation des insufflations.*) Le 16, l'amélioration a été toujours croissant; les yeux sont encore un peu rouges; la conjonctive n'est presque plus tuméfiée. Le 25, le malade sort en voie de guérison. (*Service de* M. *Dupuytren.*)

XXXVIIe OBS. Un jeune homme, âgé de vingt-six ans, ayant une gonorrhée depuis long-temps, se toucha l'œil droit avec un linge qui avait enveloppé la verge. Le deuxième jour, il entre à l'hôpital. La conjonctive commençait à s'épaissir; la cornée offrait déjà une teinte verdâtre; pas de réaction. (*Calomel, insufflations matin et soir*). La maladie ne fit pas de progrès, et commença à rétrograder dès le deuxième jour du traitement. (*Velpeau, Lancette*, tom. Ier, pag. 156.)

XXXVIIIe OBS. La femme Dumesnil, âgée de trente-sept ans, a contracté une blennorrhagie pendant sa grossesse, qui a persisté jusqu'à ce jour, n'ayant été combattue par aucun moyen. Elle entra à l'Hôtel-Dieu le 3 avril. Son enfant, âgé de trois mois, fut pris, un mois après sa naissance et sans causes connues, d'une rougeur aux yeux. Le 3 avril, les paupières supérieures sont fongueuses, boursouflées, renversées en dehors; il s'écoule des flots de liquide. L'insufflation de calomel n'ayant amené aucune amélioration, et la vision étant perdue, on excisa la conjonctive, dans le but de remédier au renversement. Il en résulta une hémorrhagie assez abondante. A partir de ce moment l'enfant alla de mieux en mieux, tout écoulement se supprima, le globe oculaire est réduit à un moignon. (*Obs. communiquée par M. Dejay, interne à l'Hôtel-Dieu.*)

Insufflation de calomel; cubèbe à l'intérieur. M. Velpeau a pensé que le poivre de Cubèbe, agissant comme spécifique dans la gonorrhée, pourrait exercer une influence heureuse dans le cas d'ophthalmie blennorrhagique; ce moyen présenterait le double avantage de faire dispa-

raître la gonorrhée en même temps qu'il exercerait une influence heureuse sur la marche de l'ophthalmie.

XXXIXe obs. Un individu atteint d'une blennorrhagie depuis trois semaines, ressentant une légère douleur dans les yeux, eut l'idée de les laver avec son urine : aussitôt une violente ophthalmie se déclara des deux côtés. (*Saignée, vingt sangsues.*) Il entre le troisième jour à l'hôpital. Conjonctive d'un rouge cramoisi ; teinte jaunâtre de la cornée ; ulcérations profondes sur la cornée. On administre le poivre cubèbe à l'intérieur, et insuffle une poudre composée de calomel et de sucre candi par égales parties. Amélioration le troisième jour ; le boursoufflement de la conjonctive avait sensiblement diminué ; cornées moins troubles. On a remplacé les insufflations de calomel par l'instillation d'une eau de guimauve tenant en suspension du calomel, cela pour éviter que le calomel ne s'arrêtât dans la plaie résultant des ulcérations. La gonorrhée a disparu en six jours. Le huitième jour, les ulcères de la cornée faisant des progrès, on fit usage d'un collyre avec sublimé, à la dose de deux grains pour deux onces d'eau. La cicatrisation a marché avec rapidité ; le malade conserve la faculté de voir. (*Velpeau, Lancette*, t. V, p. 155.)

Mercure à l'intérieur et à l'extérieur.

Richter (p. 65), *Plenk* (p. 82), *Lassus* (t. I, p. 56), *Baratta* (t. I, p. 164), *Swediaur* (t. I, p. 259), conseillent d'avoir recours aux mercuriaux, qui agissent comme spécifique. *Lassus* veut que les accidens primitifs aient cédé pour y avoir recours ; *Swediaur* conseille d'avoir recours au mercure concurremment avec l'excision ; *Plenk* ne voit de salut par aucune autre méthode. « Hac solo methodo ego multos feliciter curavi. »

D'autres moyens ont encore été préconisés. M. *Roux* a employé le poivre de Cubèbe seul.

XLe obs. Une ophthalmie occupait l'œil droit d'un jeune homme

de seize ans. Paupières énormément gonflées; conjonctive vivement enflammée, boursoufflée, renversée, d'une couleur cuivreuse très-prononcée; écoulement puriforme très-abondant. Le malade affirme n'avoir jamais été affecté de syphilis. Quoi qu'il en soit, M. *Roux* prescrit la poudre de Cubèbe à la dose de trois gros, à prendre en trois fois chaque jour. Les symptômes s'amendèrent très-vite; l'écoulement cessa le quatrième jour, et, *quoique la cornée transparente se soit perforée*, la vue a cependant fini par se rétablir en partie. Ce jeune homme est sorti de l'hôpital le 2 juillet, *aussi bien guéri qu'on pouvait l'espérer.*

M. *Roux*, qui le premier paraît avoir eu l'idée d'employer la résine balsamique de copahu et le poivre de Cubèbe, a retiré de grands avantages de l'emploi de ce moyen depuis deux ans qu'il a commencé à le mettre en usage dans des cas semblables au précédent. (*Roux, Archives*, t. XII, p. 525.)

L'excision, pratiquée par *Helwing*, est préconisée par quelques praticiens, fortement blâmée par d'autres. *Plenk* la rejette absolument. « Ophthalmoxisis et conjunctivæ excisio nihil juverunt. Ego « multos hac methodo excæcatos vidi. »

XLIe OBS. « Femina juvenis viginti quatuor annorum, et conjugi « malo gallico infecto per matrimonium juncta, per aliquot annos « fluore albo maligno, et sæpius ophthalmiis symptomaticis, labora- « bat. Nihilominus gravida reddita legitimo tempore infantem morbo « contaminatum venereo excisa est. Septima à partu nocte matris « oculus sinister ophthalmia venerea metastatica..... vocatus supra « laudatus *Helwing* operationem in oculo puerperæ haud infeliciori « cum successu instituit, matrique et infantis nutrici decocta et re- « media mercurialia exhibuit, et sic matrem et infantem curavit. « Fluxus etiam albus cum lochiis cessabat. »

XLIIe OBS. « Vir autem ætatis circiter triginta sex annorum, tem-
« peramenti sanguineo-cholerici, per impuros amplexus gonorrhæam
« contraxit virulentam, seque chirurgi cujusdam sanæ methodi me-
« dendi ignari curæ commisit; qui præmature medicamenta adstrin-
« gentia intus extusque exhibens materiæ fluxum simul cohibuit.
« Paulo post æger conqueritur de ophthalmia sæpius cum vespere
« redeunte, ad mediam noctem increscente, cum aurora item de-
« crescente, ut omnis dolor omnisque rubor fere evanuerit. Hæc
« ophthalmia nullis nec externis nec internis remediis audiebat, sed
« ordinario nullis etiam assumptis remediis deserebat ægrum. Semel
« autem et simul una nocte ita invaluit ophth., ut mane uterque
« oculus, imprimis autem dexter, adeo intermuerit ut cornea pellucida
« in foveola duas lineas profunda latuerit. Quem tumorem oculi illi
« palpebrarum et dolores vellicantes punctorii lancinantes concomi-
« tabantur. Æger accersit Dm. *Helwing*, chirurgum ophthalmiarum-
« que argentoratensem dexterrimum, qui ex primo statim intuitu
« causam quamdam hariolans ægrum rigorose examinat. Hic confite-
« tur sibi quindecim jam ante annis gonorrhæam virulentam sup-
« pressam fuisse. Statim operationem modo descriptam ægro propo-
« nit chirurgus, ne se, virus internas oculi partes corrodat, imprі-
« mis cum oculi dextri cornea jam parum læsa apparebat; æger
« autem illam operationem sustinere recusat. Quare omnia tentans
« chirurgus ter venas pedis secat, vesicatoria applicat, purgantia et
« decocta mercuralia ægro exhibet, quæ vero morbum plane non
« imminuebant. Altero autem die æger persuasionibus commotus
« operationem tranquillo animo sustinuit, præsente b. m. Nicolai, cu-
« jus favore et egomet præsens eram, quam felicissimo cum successu
« peregit chirurgus. Observabat chirurgus in operatione duritiem
« quamdam conjunctivæ, et materia effluens illi gonorrhææ ratione
« coloris, odoris, consistentiæ, simillima erat. Post vulnus rite deli-
« gavit, et decocta antivenerea præscripsit, sicque ægrum per Dei
« gratiam visui et sanitati integræ restituit. » (P. 90.)

Méthodes excitante et antiphlogistique réunies. Le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique à l'aide des excitans compte un grand nombre de partisans. *De Saint-Yves,* que l'on regarde assez généralement comme étant l'auteur qui a le premier parlé de l'ophthalmie blennorrhagique, donnait déjà le conseil « de laver les yeux à *tout* « *moment* avec le mélange d'eau et d'eau-de-vie. On tiendra constamment appliquées sur les yeux des compresses trempées dans du vin « rouge dans lequel on aura fait bouillir (pour un demi-setier) une « pincée de sauge, de romarin, d'hissope, et autant de roses de « Provins. » (P. 156.) Il conseillait en outre de saigner le malade, et de lui faire prendre tous les soirs la panacée.

Scarpa pratiquait d'abondantes saignées générales et capillaires, et instillait entre les paupières de l'eau camphrée, composée de parties égales de vitriol romain et de bol d'Arménie, et d'un quart de camphre bien pulvérisé. On prend une once de ce mélange, que l'on jette dans de l'eau bouillante. On décante et met un dragme de cette eau dans deux onces d'eau distillée de plantain froide.

M. *Guthrie,* après avoir tiré de vingt à trente onces de sang, se sert de la pommade suivante : nitrate d'argent, deux à dix grains ; acétate de plomd liquide, quinze gr. ; pommade de blanc de baleine, demi-gros. Il s'est arrêté à cette pommade après avoir employé successivement la potasse caustique, le sulfate de cuivre, le sublimé, l'alcool de romarin, l'eau-de-vie camphrée. (*Arch.*, t. XVIII, p. 565.) « A la clinique de chirurgie et d'ophthalmologie de Berlin, on ob- « tient depuis deux ans les résultats les plus brillans de l'emploi du « nitrate d'argent, sous forme de dissolution concentrée, dans les « ophthalmies blennorrhagiques, lorsque la maladie est opiniâtre et « accompagnée d'un écoulement copieux. » (*Nouvelle Bibliot. méd.*, 1829, t. II, p. 454.)

M. *Sichel* conseille d'avoir recours aux saignées locales et générales avec la plus grande énergie, et aux purgatifs. Il emploie conjointement les collyres astringens rendus de plus en plus actifs. Ce traitement, dit cet oculiste distingué, remplit les deux indications princi-

pales, celle de juguler aussi rapidement que possible l'inflammation, et d'arrêter l'hyperdiacrysie muqueuse. Il faut employer les astringens, surtout le nitrate d'argent, immédiatement après la première saignée. On emploiera avec avantage les instillations d'une forte dissolution de belladone dès que la cornée commence à se prendre. Suivant que les symptômes inflammatoires ou la sécrétion muqueuse prédomineront, on donnera plus d'extension soit à la méthode antiphlogistique, soit aux astringens.

XLIIIe OBS. Jean Chevalier, âgé de vingt-deux ans, marchand de chevaux, contracta une gonorrhée très-intense dans les premiers jours de juin 1832. Étant obligé de conduire des chevaux vendus à une certaine distance de Paris, il ne put soigner son écoulement, qui acquit alors un grand degré d'intensité; à chaque instant il était forcé de descendre de cheval pour uriner; le vent et la poussière lui entrant dans les yeux, il était forcé de les essuyer, et se servait souvent de ses doigts imprégnés de virus. Il se manifesta, au troisième jour de route, une ophthalmie blennorrhagique très-intense, et en vingt-quatre heures la muqueuse oculaire et palpébrale faisait hernie à travers les paupières; la cornée, noyée dans un flot de mucus purulent, avait une teinte opaline, et l'on ne distinguait point l'iris; du reste, peu de douleur, si ce n'est une tension extrême dans l'œil et les paupières. Tel était l'état du malade lorsque je le vis au Bourget, où on l'avait ramené dans un état de cécité complète. Le cas était urgent : après avoir fait une large saignée à la jugulaire, j'excisai le boursoufflement de la conjonctive, ce qui produisit un dégorgement rapide; quelques instans après, j'injectai entre les paupières de l'eau styptique de *Bath*, ainsi que le recommandait *Ware*. Le succès passa mes espérances, et l'ophthalmie fut arrêtée dans sa marche; en moins de huit jours, les cornées s'éclaircirent, et le malade guérit dans trois semaines environ, sans conserver de son ophthalmie qu'un large nuage de la cornée, qui se dissipa quelques mois après sous l'usage du laudanum en instillation. (*Obs. comm. par M. Carron du Villards.*)

La cautérisation à l'aide du nitrate d'argent a été également recommandée par quelques auteurs. M. *Sanson* n'a pas une grande confiance dans ce moyen, bien qu'il l'ait employé avec une énergie extrême.

XLIVe OBS. Un jeune homme d'un tempérament lymphatique, aux cheveux blonds, aux yeux bleus, me consulta au mois de juillet dernier pour une blennorrhagie aiguë toute récente et d'apparence fort simple. Un an auparavant, il avait eu une semblable affection, dont je l'avais débarrassé en peu de jours au moyen du baume de copahu donné en lavemens.

Je lui prescrivis de nouveau ce médicament suivant ce même mode d'administration, qui est certainement un des meilleurs, s'il n'est même le plus efficace. Secondé par les moyens généraux usités en pareil cas, les boissons délayantes, les bains, etc., il eut l'effet que j'en attendais : l'écoulement diminua rapidement. Il semblait près de s'arrêter, lorsque tout à coup, au milieu d'une fête à la campagne, le jeune homme, dont la vue avait été fatiguée par la réverbération du soleil et une chaleur très-grande, fut pris d'une violente ophthalmie purulente du côté gauche, tellement rapide dans sa marche, qu'en peu d'heures les paupières furent considérablement tuméfiées. Douze à quinze heures au plus s'étaient écoulées depuis l'invasion de cette ophthalmie, lorsque le malade, se hâtant de revenir à Paris, me fut présenté; il était dans l'état suivant : les paupières, gonflées ou plutôt boursoufflées, avaient quelque chose d'œdémateux; elles étaient rouges, mais d'un rouge obscur, dont la teinte violacée n'est pas celle d'une inflammation ordinaire; je compare leur aspect à celui que présente le prépuce tuméfié dans certains cas de paraphimosis avec blennorrhagie; leurs bords, renversés en dehors et entr'ouverts, laissaient voir un bourrelet rougeâtre de la conjonctive engorgée; un liquide séro-purulent s'en écoulait avec abondance. Le jour était insupportable au malade, qui, pour s'y soustraire, tenait continuellement son mouchoir sur ses yeux. On avait fait sans cesse, dès le pre-

mier moment, des lotions avec de l'eau fraîche, qui, tout en produisant quelque soulagement, n'avaient en rien ralenti la marche des accidens. La conjonctive palbébrale, très-rougeet gonflée, était baignée de pus, particulièrement à la paupière inférieure; la conjonctive oculaire, également rouge, engorgée et suppurante, formait, à un degré assez prononcé, tout autour de la cornée, ce bourrelet qui caractérise le chémosis. Des douleurs se faisaient sentir dans la tête, à la tempe, au front; le malade avait de la fièvre.

Comment s'étaient développés ces graves accidens? quels en avaient été la cause et le mécanisme? Je multipliai les questions pour le savoir, et il me parut, autant que j'en pus juger, que l'ophthalmie avait été le résultat d'une inoculation directe de la matière de l'écoulement uréthral, portée sur l'œil par les doigts du malade. Si je ne m'abuse, il en doit être ainsi dans le plus grand nombre des cas d'ophthalmie blennorrhagique. Rien, au reste, n'annonçait chez ce malade un déplacement métastatique de l'écoulement, car il persistait au même état qu'auparavant.

Quoi qu'il en soit, redoutant les suites de cette affection, je fis appeler en consultation, le soir même, mon honorable confrère M. *Sanson*. Les deux paupières ayant été renversées en dehors, et l'œil bien découvert, tous les points boursoufflés et suppurans de la conjonctive furent cautérisés avec la pierre infernale, puis lavés à grande eau pour modérer la douleur. Une saignée du bras fut pratiquée, et des sangsues mises à la tempe, autour de l'orbite et sur les paupières. Même cautérisation et nouvelle application de sangsues le lendemain et le surlendemain. Il fut convenu en outre que de deux heures en deux heures on toucherait la face interne des paupières avec un pinceau de charpie imbibé du collyre ou mieux du mélange caustique suivant :

℞ Eau distillée.	quatre onces.
Nitrate d'argent.	quatre grains.
Mucilage de gomme.	demi-once.

Une personne, veillant sans cesse auprès du malade, lavait l'œil avec de l'eau de guimauve ou de laitue, froide, dès que du pus paraissait s'y amasser. Nous voulions, par cette précaution qu'il est essentiel de ne jamais négliger, soustraire autant que possible la cornée transparente à l'action de ce pus, qui semble la ramollir, et, en quelque sorte, la dissoudre. Des lavemens purgatifs, des bains de pieds irritans et tous les autres moyens accessoires furent également recommandés.

Malgré ce traitement énergique, suivi avec une grande assiduité, nous vîmes se dessiner à la partie supérieure de la cornée transparente quelques petits vaisseaux, puis un point opaque, comme fongueux; et enfin, au quatrième jour, une perforation s'y forma. L'œil menaçait de se vider; mais heureusement que l'iris, faisant hernie à travers l'ouverture, vint l'oblitérer. Il en est résulté un petit staphylôme de l'iris, qui, touché à diverses reprises avec le nitrate d'argent, s'est affaissé peu à peu. Il ne reste plus maintenant de cette grave maladie qu'une déformation de la pupille, dont la circonférence irrégulière adhère à la cornée par sa partie supérieure, et l'opacité du tiers supérieur de cette membrane. Le malade a été soumis à un traitement mercuriel. (*Obs. comm. par M. le docteur Mélier.*)

XLVe OBS. M. P....., de Paris, âgé de cinquante-deux ans, contracta, en soignant un de ses fils, atteint d'ophthalmie blennorrhagique, la même affection. La maladie se développa après quelques démangeaisons aux paupières, et acquit en trente-six heures un haut degré de violence. Saignées générales, locales, sinapismes, tout fut employé pour en enrayer la marche, sans obtenir cet heureux résultat. Ayant vu très-souvent mon ami le docteur *Gensoul* de Lyon arrêter toute espèce d'ophthalmie (conjonctivite oculaire et palpébrale) à son début, quelle que fût sa gravité, en promenant sur toute la conjonctive un cylindre de pierre infernale, je tentai ce moyen, et cautérisai profondément tous les tissus villeux et hypérémiés qui produisaient le boursoufflement de la conjonctive. Je lavai immédiatement après les

parties cautérisées avec le lait tiède, et je ne fus pas peu surpris de voir, en moins de douze heures, l'ophthalmorrhée suspendue, et la maladie prendre une voie de résolution qui ne se fit pas long-temps attendre. (*Obs. comm. par M. Carron du Villards.*)

Avant de décrire la méthode de M. *Sanson*, nous dirons quelques mots relativement aux contre-indications des méthodes principales que nous venons de passer rapidement en revue.

Quand on veut juger sainement une méthode de traitement, il ne faut point la mettre en usage dans des cas peu graves; car il suffit souvent alors de laisser agir la nature, et d'écarter toutes les causes qui pourraient ajouter à l'intensité du mal. Pour éviter de tomber dans l'erreur que nous venons de signaler, nous préciserons le degré de l'ophthalmie que nous supposerons avoir à combattre; et, pour appliquer ce que nous avancerons au plus grand nombre de cas possible, nous supposerons avoir à traiter une ophthalmie blennorrhagique déjà suppurante. La marche de cette affection est ordinairement si prompte, que dans les hôpitaux, par exemple, il n'arrive jamais qu'un malade ne se présente pas dans cet état, à moins qu'après avoir envahi un œil l'ophthalmie n'attaque l'autre pendant le séjour du malade à l'hôpital.

Nous ne pensons pas que l'on puisse avoir recours à la salivation ou la méthode antiphlogistique, et cela pour les raisons que nous avons indiquées ailleurs.

L'incision des parties tuméfiées ne pourrait qu'opérer un dégorgement; et ce dégorgement, quelque utile qu'il puisse être d'ailleurs, ne modifiant pas l'organe sécréteur, ne doit être considéré que comme un moyen auxiliaire, auquel il peut être bon d'avoir recours en le combinant avec une autre méthode de traitement.

L'excision de la conjonctive, recommandée par beaucoup de praticiens, doit être rejetée si l'on y a recours comme méthode unique de traitement; et d'abord il est excessivement difficile, le plus souvent

même impossible, d'enlever complètement les granulations qui existent vers le point de réflexion de la conjonctive palpébrale sur le globe de l'œil. Or, l'on sait que c'est précisément en ce point qu'elles sont et le plus nombreuses et le plus développées. Il résulte de là que la méthode par excision est toujours insuffisante. Je dis en second lieu qu'il peut en résulter des suites fâcheuses ; en effet, on applique l'une à l'autre deux surfaces saignantes, qui s'agglutineront probablement, quand bien même on aurait le soin de faire exécuter à la paupière inférieure des mouvemens de glissement sur le globe de l'œil, comme *Astruc* le recommandait déjà avec beaucoup d'instance.

L'instillation entre les paupières de liquides astringens ou cathérétiques ne doit point être admise comme méthode générale. De deux choses l'une : ou le collyre n'est que simplement astringent, ou il est cathérétique ; dans le premier cas, la liqueur astringente, agissant comme irritant, accroîtra l'inflammation plutôt qu'elle ne parviendra à tarir la sécrétion purulente. Toute médication, en effet, qui n'est point assez énergique pour détruire les corps papillaires, devient une cause puissante d'irritation. Il en résultera presque nécessairement une sécrétion plus abondante. Nous avons eu fréquemment à la Clinique l'occasion de voir se confirmer par des faits cette manière de raisonner: quand, par exemple, on cautérise à l'aide du nitrate d'argent la face externe des paupières chez les enfans affectés d'ophthalmie puriforme, il est d'observation bien constante que si la cautérisation n'est pas portée au degré convenable, ou si elle n'est faite que d'une manière incomplète, on voit s'accroître très-notablement la sécrétion de matière puriforme ; mais si, plus heureux, dans une seconde opération, on cautérise à la fois et avec assez d'énergie tous les points altérés de la conjonctive palpébrale, on voit l'écoulement cesser instantanément, et pour ne plus reparaître. Si l'on fait usage d'une liqueur cathérétique assez active pour désorganiser les organes sécréteurs, il en résultera d'autres dangers non moins graves : la liqueur, étant épanchée entre les paupières, agira nécessairement sur la cornée transpa-

rente, et peut-être avec assez d'énergie pour y déterminer des ulcérations et l'altérer dans sa transparence. En conséquence, nous rejetons les astringens, parce qu'ils ont pour effet immédiat d'augmenter la sécrétion ; et nous ne pensons pas qu'il soit prudent de recourir aux cathérétiques, dans la crainte de voir la vision s'altérer par l'action même du médicament sur la cornée transparente. Cette méthode de traitement présente d'autres dangers, qui lui sont communs avec la méthode suivante, et que nous allons indiquer.

La cautérisation, soit à l'aide du crayon de nitrate d'argent, soit à l'aide de pommades diversement composées, mais toujours capables de désorganiser les parties sur lesquelles on les applique, a l'avantage, comme nous l'avons déjà dit, de tarir immédiatement la sécrétion purulente. Mais comme on cautérise tous les points au même degré, il en résultera que l'escharre, se détachant dans tous les points à la fois, mettra à découvert des parties qui, se trouvant en contact immédiat, pourront adhérer l'une à l'autre, et par conséquent provoquer une coalition des paupières au globe de l'œil.

Méthode de M. Sanson, ou combinaison des méthodes par excision et cautérisation. M. *Sanson*, frappé des dangers que présentent les différentes méthodes que nous venons d'énumérer, autant que de l'*inefficacité absolue* de la méthode antiphlogistique, a pensé qu'en combinant entre elles l'excision et la cautérisation, on pourrait arriver à un résultat avantageux. Le problème à résoudre était le suivant : détruire l'organe sécréteur partout où il existe, et mettre en rapport des parties dont les propriétés vitales, modifiées d'une manière différente, soient par cela même moins disposées à adhérer l'une à l'autre. Comme nous attachons une grande importance à cette nouvelle méthode de traitement, nous croyons faire une chose utile en retraçant en peu de mots la manière de procéder du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Sans chercher à rappeler l'écoulement uréthral, qu'il n'a jamais vu complètement supprimé, M. *Sanson* pratique d'abord une large sai-

gnée de vingt-quatre à trente onces. Ce praticien n'espère plus aujourd'hui arrêter la maladie dans sa marche en ayant recours aux antiphlogistiques ; mais, dans le cas où ses prévisions se réaliseraient, il trouve dans cette manière de procéder l'avantage de parer aux accidens qui pourraient se développer à la suite de l'opération grave qu'il se propose de pratiquer, et à laquelle il ne se décide pas légèrement. Si, contre son attente, cette première émission sanguine était suivie d'une amélioration notable, qui pût faire croire que l'ophthalmie ne résistera pas aux antiphlogistiques, il n'hésiterait point à faire tirer de nouveau une quantité de sang plus considérable encore, tout en appliquant des sangsues en permanence et en grand nombre autour des orbites; en un mot, il traiterait antiphlogistiquement, et avec la plus grande énergie, comme il l'a fait jusqu'aujourd'hui. Mais si l'ophthalmie, au lieu de diminuer d'intensité sous l'influence de ce traitement, suivait une marche toujours croissante, ou bien encore si, restant stationnaire, elle semblait se raidir contre l'action d'un traitement rendu aussi énergique que le permet la constitution du malade, M. *Sanson,* instruit par une funeste expérience, renonce à une médication qui ne paraît pas être appropriée à la nature du mal.

Il procède à l'excision de la conjonctive de la manière suivante : le malade couché dans son lit, un aide maintiendra la tête fixement sur les oreillers, un autre aide écartera l'une de l'autre les deux paupières, en même temps qu'il les renversera fortement en dehors. Les choses étant ainsi disposées, le chirurgien, situé au-devant du malade, saisissant, à l'aide de pinces à disséquer, les parties saillantes de la conjonctive oculaire, excisera, à l'aide de ciseaux courbes sur le plat, aussi complètement que possible, toutes les parties boursoufflées de cette membrane, jusques et y compris la conjonctive dans le point où elle se réfléchit sur le globe de l'œil; mais il sera le plus souvent impossible d'y parvenir, comme nous le dirons bientôt. Cette première partie de l'opération terminée, le chirurgien laissera s'écouler une quantité de sang plus ou moins considérable; et lorsqu'il croira avoir donné lieu à un dégorgement local suffisant, il abstergera avec

beaucoup de soin le sang mêlé de pus qui baigne les parties, et promènera un crayon de nitrate d'argent sur toute la surface interne de l'une et l'autre paupières maintenues renversées.

Aussitôt la cautérisation terminée, le chirurgien, faisant toujours écarter les paupières l'une de l'autre le plus possible, lavera à grande eau les parties cautérisées, pour enlever les portions de nitrate d'argent qui, ne s'étant pas combinées avec les tissus, pourraient attaquer la cornée, et l'altérer dans sa transparence. Alors seulement on laissera se rapprocher l'une de l'autre les deux paupières.

Le succès de l'opération que nous venons de décrire dépend en grande partie du soin que l'on aura mis à cautériser à un degré convenable la conjonctive palpébrale. Pour cela, il faudra promener lentement le crayon de nitrate d'argent, en ayant soin de le faire agir plus particulièrement sur les points où se trouvent des granulations et plus développées et plus nombreuses.

Si la conjonctive présente encore des replis, on cherchera à y introduire le crayon de nitrate d'argent, afin de réprimer autant que possible tous les corps papillaires qui s'y trouvent cachés. Le malade sera saigné ; on lui fera prendre des bains de pieds sinapisés plusieurs fois le jour ; en un mot, on se comportera dans ce cas comme on le fait dans les ophthalmies ordinaires. On retirera de grands avantages de l'action du froid, qui agit ici comme astringent. La douleur, extrêmement vive au moment de l'opération, ne tarde pas à se calmer, comme cela arrive, du reste, toutes les fois que l'on porte le nitrate d'argent sur la conjonctive. Si l'on jugeait de l'intensité des accidens qui doivent se développer par l'acuité des douleurs que le malade ressent pendant l'opération, on devrait les redouter beaucoup ; mais l'expérience a rarement justifié ces prévisions fâcheuses. Il nous est arrivé très-fréquemment à la Clinique de pratiquer des cautérisations, même très-étendues, à l'aide du nitrate d'argent, sans que jamais nous ayons vu des accidens inflammatoires se développer; cela est si vrai, que M. *Sanson*, qui, dans le principe, ne manquait pas de prescrire, aussitôt après ces cautérisations, d'abondantes saignées générales et

locales, n'en ordonne plus aujourd'hui que lorsqu'il existe des indications particulières qui en réclament l'emploi. Aujourd'hui que le nitrate d'argent joue un rôle si actif dans le traitement des maladies des yeux, on sait qu'à la suite de l'emploi de ce cathérétique on doit peu redouter de voir survenir des accidens inflammatoires graves. En conséquence, on ne doit pas considérer leur développement comme constituant une contre-indication de la méthode nouvelle que nous proposons.

Il nous reste maintenant à démontrer qu'à l'aide de cette méthode, non-seulement on satisfait à toutes les indications de la maladie, mais encore que l'on met le malade à l'abri des dangers que nous avons reprochés aux autres méthodes de traitement.

Je dis d'abord que l'on a satisfait aux indications; en effet, l'organe sécréteur est enlevé dans certains points, et cautérisé dans les autres. Il n'y a dès-lors plus de sécrétion possible; et si, comme le fait observer *Jüngken* dans un excellent ouvrage qu'il a publié sur les maladies des yeux, le danger dans les ophthalmo-blennorrhées consiste particulièrement dans les qualités âcres et corrosives de la matière sécrétée par les corps papillaires, on aura exactement rempli l'indication principale.

Je dis, en second lieu, que la méthode de M. *Sanson* expose moins que les autres à des accidens consécutifs graves. En effet, nous mettons en contact deux surfaces dont les propriétés vitales sont bien différentes; l'une d'elles, saignante, se cicatrisera plus rapidement que l'autre, présentant une escharre d'autant plus profonde que le caustique aura agi avec plus d'énergie; il se développera sur cette dernière une inflammation éliminatoire, qui, exigeant un temps plus ou moins long pour parcourir ses périodes et détacher l'escharre, ne mettra les parties à nu qu'à une époque à laquelle le travail de cicatrisation sera peut-être achevé sur l'autre surface. On conçoit dès-lors que la coalition des paupières au globe de l'œil aura lieu bien moins facilement, si toutefois cela est possible par ce procédé opératoire.

Je dirai en dernier lieu que cette méthode de traitement est la seule applicable dans certains cas. Quand, après avoir traité le malade aussi énergiquement que possible, comme M. *Sanson* l'a fait dans un cas que nous rapporterons bientôt, on voit le second œil s'affecter avec une nouvelle intensité, il est évident que l'on ne peut plus avoir recours aux émissions sanguines, en les proportionnant à l'intensité du mal, sans compromettre immédiatement l'existence du malade. C'est cette circonstance même qui a suggéré à M. *Sanson*, au lit du malade, l'idée d'exciser tout ce qu'il pourrait enlever de la conjonctive, et de détruire les organes secréteurs que ne pouvait atteindre l'instrument tranchant. Cette méthode de traitement, ou toute autre agissant d'une manière analogue, seront encore les seules auxquelles il soit possible d'avoir recours quand on aura à traiter des malades âgés ou d'une faible constitution. On sait en effet que les émissions sanguines, même peu abondantes, peuvent exercer dans ce cas une influence très-fâcheuse.

XLVIe OBS. Un réfugié polonais, garçon teinturier, âgé de vingt-sept ans, d'une forte constitution, ayant toujours joui d'une parfaite santé, contracta, quinze jours avant son entrée à la Clinique, une blennorrhagie qui se supprima, après avoir suivi les conseils que lui donna un pharmacien. Le malade n'en fut nullement incommodé; mais ayant commis quelque excès, l'écoulement se manifesta de nouveau. Vingt-quatre heures après, le 20 février, l'œil gauche devint douloureux et sensible à l'action de la lumière. Les paupières se tuméfièrent, et aussitôt apparut un écoulement puriforme très-abondant. Il entre à la Clinique, est couché salle Sainte-Jeanne, n° 43, trente-neuf heures après l'invasion du mal. On applique aussitôt un grand nombre de sangsues autour de l'orbite. Le lendemain, le malade est dans l'état suivant : les paupières, gonflées, un peu renversées en dehors, présentent une teinte violacée; la conjonctive, boursoufflée, fait une saillie considérable, au fond de laquelle on voit la cornée encore transparente, non ramollie, mais recouverte par une couche légère d'une

matière visqueuse, épaisse et jaunâtre, laquelle, mêlée à une grande quantité de larmes, s'écoulait à flots sur la joue correspondante, qui présentait les traces d'une irritation vive. La photophobie est extrême ; des douleurs cuisantes accompagnées de battemens dans l'orbite avaient succédé à un prurit excessivement incommode. Un écoulement, léger à la vérité, avait lieu par l'urèthre. (*Saignée de quatre palettes ; vingt-cinq sangsues en permanence autour de l'orbite ; séton à la nuque ; pédiluves irritans ; injections mucilagineuses entre les paupières et le globe de l'œil.*) Les sangsues donnent lieu à un écoulement de sang excessivement abondant. Le 4, la cornée présente une teinte légèrement opaline. (*Résine de jalap* 12 *grains, et calomel* 12 *grains.*) Pas d'évacuation alvines. Le malade est affaibli par l'écoulement de sang auquel donnent lieu les sangsues, que l'on maintient appliquées toute la journée. Le soir, on pratique une saignée de pied de 24 onces : l'état de faiblesse et de pâleur du malade ne permit pas d'en extraire d'avantage ; malgré cela, des sangsues furent maintenues appliquées ; on prescrit en outre la potion de *Chopart*, qui ne produit aucun effet appréciable. Le 5 au matin, l'œil est considéré comme perdu ; la cornée est plissée et ramollie. Le malade est excessivement faible, pâle, décoloré. Le 6, la cornée se perfore et donne passage à l'iris.

Le surlendemain, l'œil droit est affecté du même mal, mais avec une intensité extrême : les accidens se succèdent avec une rapidité incroyable. Dans l'espace de quelques heures, on voit se développer des granulations extrêmement nombreuses, lesquelles sont le siége d'un écoulement très-abondant de matières mucoso-purulentes. Il était absolument impossible de recourir à des saignées abondantes ; le malade aurait inévitablement succombé par le fait même d'une soustraction de sang proportionnée à l'intensité des accidens. M. *Sanson* se décide alors à pratiquer l'excision de la conjonctive oculaire, et à cautériser la face interne de l'une et l'autre paupières à l'aide du nitrate d'argent promené lentement sur tous les points que n'avaient pu atteindre les ciseaux. On pratiqua une saignée de

l'artère temporale de 8 onces, et maintint constamment appliquées quelques sangsues autour de l'orbite. L'interne fut chargé de veiller à ce que l'écoulement de sang auquel elles donneraient lieu ne fût pas trop considérable et hors de proportion avec les forces du malade. L'écoulement puriforme fut considérablement diminué à l'instant même ; la douleur extrême que causa la cautérisation se calma dans l'espace de quelques heures ; le malade reposa tranquillement. Le lendemain, l'amélioration est très-sensible ; la tuméfaction des paupières, beaucoup moins considérable, permet d'examiner la cornée, qui a conservé toute sa transparence. La sécrétion purulente est complètement tarie. Le surlendemain, le malade se trouve bien ; les douleurs sont tout à fait calmées. Le malade distingue très-bien les objets qui sont autour de lui, et peut fixer la lumière sans éprouver aucune douleur. Le troisième jour qui suivit l'opération, l'œil fut considéré comme étant tout à fait hors de danger.

La conjonctive de l'œil gauche étant toujours boursoufflée, et donnant lieu à un écoulement assez considérable de matières purulentes, M. *Sanson* l'excisa et cautérisa la face interne des paupières. Une inflammation assez vive se développa ; mais tout écoulement purulent disparut complètement. On traita l'inflammation par les moyens appropriés, et le 4 avril le malade demanda et obtint sa sortie, complètement guéri de l'œil droit, qui n'avait éprouvé aucun retentissement de l'inflammation développée à l'autre œil.

XLVIIe OBS. C....., âgé de vingt-cinq ans, tailleur d'habits, a, depuis quinze mois, une chaude-pisse pour laquelle il n'a réclamé aucun soin. Le 1er octobre 1834, le malade éprouve des douleurs à l'œil gauche, qui était rouge et larmoyant. Dans la soirée, les douleurs étaient devenues tellement vives, qu'il fut obligé de suspendre ses occupations. Le 5, les accidens ont beaucoup augmenté ; les paupières, recouvertes d'une croûte, sont fortement collées l'une à l'autre. Il entre à l'Hôtel-Dieu le même jour, est couché à la salle Sainte-Marthe, n° 33. Le malade est dans l'état suivant le lendemain de son entrée à l'hôpi-

tal : les paupières sont tuméfiées, la supérieure notamment ; une matière mucoso-purulente s'en écoule avec abondance quand on les écarte l'une de l'autre. On voit alors la conjonctive oculaire boursoufflée comme infiltrée de sérosité : elle forme un bourrelet saillant autour de la cornée, qui a conservé sa transparence. Le malade éprouve de vives douleurs, lesquelles ne s'étendent pas à la tête. Le pouls n'est pas fréquent, les phénomènes de réaction peu prononcés. (12 sangsues derrière l'oreille gauche, saignée de vingt onces.)

Les 5 et 6, le mal a fait des progrès, bien que le malade ait été saigné chaque jour ; la conjonctive est plus tuméfiée, l'écoulement plus abondant. (Vésicatoire).

Le 7, les accidens persistent également intenses ; la cornée est presque entièrement cachée par la conjonctive boursoufflée. M. *Sanson* excise le bourrelet formé par la conjonctive, et cautérise avec un crayon de nitrate d'argent la face interne de l'une et l'autre paupières : les douleurs très-vives que le malade éprouva pendant l'opération se calment au bout de quelques heures. On instille alors quelques gouttes du collyre suivant, les paupières étant écartées : *Laudanum de Syd.* dix gouttes, *sulfate de cuivre* deux grains, *bol d'Arménie* deux grains, *eau distillée* quatre onces, *gomme arabique* un demi gros. Si la conjonctive se boursoufflait de nouveau, on remplacerait le sulfate de cuivre et le bol d'Arménie par six grains de nitrate d'argent. L'écoulement puriforme a cessé presque complètement ; les douleurs deviennent de moins en moins vives. Dans la nuit le malade souffre moins qu'avant l'excision. Le 2, le gonflement est moins considérable, les injections avec le collyre au bol d'Arménie sont moins douloureuses que la veille ; écoulement puriforme presque nul. Le 9, l'amélioration est très-sensible ; on découvre facilement la cornée, qui n'a rien perdu de sa transparence. Le 11, le boursoufflement de la conjonctive palpébrale est un peu plus considérable ; la conjonctive oculaire est légèrement tuméfiée. (*Collyre avec six grains de nitrate d'argent dans quatre onces de véhicule.*) Le 13, la conjonctive n'est plus tuméfiée ; le malade n'éprouve plus de douleurs ; tout écoulement puriforme a cessé complètement.

Observation d'une névrose des poumons.

Mademoiselle A. L....., demeurant rue de Harlay, à Paris, âgée de trente-quatre ans, d'une petite taille, d'une constitution sèche, d'un tempérament éminemment nerveux, très-impressionnable, jouissant habituellement d'une bonne santé, vit ses règles se supprimer tout à coup après un violent accès de colère. Immédiatement elle fut prise de maux de tête, d'étourdissemens, et de quelques autres incommodités qui persistèrent pendant quelque temps. Le lendemain du jour où l'écoulement menstruel s'était arrêté, mademoiselle L..... éprouva une gêne assez grande dans la respiration, qui persista pendant un mois environ, sans que ses parens songeassent à consulter quelqu'un. Mais la dyspnée étant devenue plus considérable, en même temps que quelques-uns des accidens qui avaient suivi la suppression des menstrues étaient apparus de nouveau, on me fit demander dans le mois de juillet 1832. En entrant dans la chambre qu'occupait la malade, je fus autant frappé de la dyspnée que de la fréquence extrême de la respiration. Curieux d'examiner, sans plus tarder, quel était le nombre des respirations, j'en comptai 110 dans la première minute. Je crus avoir commis une erreur : mais ayant observé la malade pendant cinq minutes, j'établis une moyenne de 105 respirations par minute. Comme ce fait me parut très-extraordinaire, je pris, chaque fois que je visitai la malade, une note exacte du nombre des respirations. Dans quarante observations, il n'a jamais été moindre de 95 par minute ; deux fois seulement j'ai compté 100 respirations. Le plus souvent le nombre des respirations variait de 110 à 106. (Tous ces nombres sont la moyenne des respirations dans l'espace de cinq minutes.) Cet état de gêne extrême de la respiration n'aurait pu persister long-temps sans beaucoup fatiguer la malade : la durée ordinaire de chaque accès était d'une heure, quelquefois moins, souvent davantage. Dans ce dernier cas, la malade était extrêmement fatiguée. Chaque accès commençait d'une manière brus-

que, le plus souvent à la suite de quelque contrariété, ou sans cause appréciable; la malade, dans le plus grand nombre des cas, et surtout dans le commencement, pouvait à son gré en limiter la durée: dès qu'elle mangeait, par exemple, la respiration reprenait son rhythme normal. Aussi, pour éviter de *souffler*, comme elle le disait, lorsqu'elle se présentait chez quelqu'un, avait-elle la précaution de tenir constamment dans sa poche un morceau de pain, qu'elle mangeait dans l'escalier. Tout ce qui attirait fortement son attention amenait quelques instans de calme : ainsi, toutes les fois que la malade parlait à des personnes qui lui en imposaient ou qu'elle connaissait peu, elle cessait de souffler; la même chose arrivait lorsqu'elle entendait de la musique. Lorsque je vis la malade pour la première fois, une saignée me paraissait tout à fait indiquée : je me disposais à la pratiquer, lorsque subitement la respiration revint à son rhythme normal, et cela à cause de l'impression désagréable que lui causa la vue de la lancette. La malade avait remarqué aussi qu'elle parvenait assez facilement à se calmer en plongeant ses mains dans de l'eau froide. Mais de tous les moyens dont elle usait, le plus efficace était le décubitus sur le dos : aussi long-temps que la malade gardait le lit, elle était parfaitement calme; et lorsqu'il lui arrivait de trop souffrir, elle voyait promptement disparaître et la dyspnée et la fréquence de la respiration en se mettant au lit. Mais tous ces moyens s'usant en quelque sorte, la malade, sur la fin, ne parvenait que très-difficilement à diminuer son état de souffrance, et plus rarement encore à le faire cesser complètement. Les accès n'avaient rien de régulier, ni dans les époques de leur apparition, ni dans les intervalles qui les séparaient les uns des autres. La malade restait quelquefois plusieurs jours sans être du tout incommodée, comme aussi elle était quelquefois tourmentée pendant plusieurs jours de suite. Pendant la rémission des accès, la malade se portait parfaitement bien; elle ne respirait plus que de 20 à 23 fois par minute. Ce changement survenait très-brusquement : ainsi, lorsque je me disposais à la saigner, la malade ne présenta plus que 23 respirations, tandis qu'en entrant chez

elle j'en avais compté 110 par minute. Pendant toute la durée des accès, la malade était souffrante; lorsqu'ils avaient duré un certain temps, elle se plaignait d'une douleur, ou plutôt d'un sentiment de fatigue dans la partie antérieure de la poitrine, derrière le sternum notamment. Elle se plaignait fréquemment alors d'une céphalalgie susorbitaire parfois fort intense. Elle avait dans la tête la sensation de battemens très-incommodes, souvent douloureux; sa physionomie était abattue, ses yeux cernés; le pouls, toujours régulier et assez peu développé, battait de 70 à 80 fois par minute. Il arrivait fréquemment à la malade d'éprouver un frissonnement de tout le corps accompagné de tremblement et de claquement des dents; cela n'avait jamais lieu que pendant la durée des accès. A chaque époque menstruelle, la malade ressentait quelques-unes des incommodités que l'on voit fréquemment survenir chez les femmes lorsque cet écoulement s'est supprimé. L'affection nerveuse dont elle était atteinte ne paraissait pas devenir alors plus intense. Les autres fonctions ne présentaient aucun dérangement; les digestions se faisaient très-bien. On avait seulement remarqué que la malade était un peu maigrie.

Les choses persistèrent dans cet état pendant deux mois environ. Je traitai la malade antiphlogistiquement : je la saignai à plusieurs reprises; je fis des applications de sangsues assez souvent répétées, soit à la vulve, dans l'intention de rappeler les règles, et concurremment avec d'autres moyens, soit sur les côtés de la poitrine, lorsque la malade y ressentait des douleurs. Ce traitement parvint toujours à calmer quelques-uns des accidens de la maladie, tels que des congestions vers la tête, etc.; mais il ne modifia en rien la maladie elle-même. Le quinquina fut administré sans plus de succès; les bains froids ne réussirent pas davantage, bien que l'on eût le soin de surprendre la malade. Les antispasmodiques sous toutes les formes et employés assez activement parurent avoir quelque efficacité dans le principe; mais je pus me convaincre par la suite que les momens de calme que l'on voyait quelquefois survenir n'étaient pas toujours le résultat de l'action des médicamens, puis qu'ils sur-

vinrent quelquefois lorsque la malade ne suivait plus aucun traitement. Les choses en étaient là lorsqu'il survint dans la forme de la maladie, et à la suite d'une altercation assez vive, le changement suivant : les respirations étaient moins fréquentes, mais présentaient cela de particulier que pour une seule inspiration il y avait trois bruits de soufflet expiratoires bien distincts. On entendait d'abord un bruit correspondant à l'inspiration; puis trois autres bruits de soufflet, se succédant à de courts intervalles, correspondaient à l'expiration. Je mis alors à exécution le projet que j'avais formé d'abord de présenter la malade à MM. *Bouillaud* et *Sanson*. Lorsque je la présentai à ces deux praticiens, on ne comptait plus que 83 respirations par minute; le pouls battait 68 fois par minute. La malade ayant mangé un petit morceau de pain, ces messieurs purent se convaincre de l'exactitude du rapport de la malade; le bruit de soufflet disparut complètement; alors on ne compta que 23 respirations. La malade leur dit que depuis ce changement qui était survenu, son état était plus supportable, en ce que la respiration était beaucoup moins fréquente. M. *Bouillaud*, ayant ausculté la poitrine avec le plus grand soin, la trouva parfaitement saine dans tous ses points.

Cette affection nerveuse ne changea plus de forme jusqu'à l'époque à laquelle mademoiselle L..... eut le malheur de perdre son père : pendant les six semaines qui suivirent cet événement, la respiration fut parfaitement naturelle. Les règles n'avaient pas reparu. La malade a quitté Paris, et je n'en ai plus entendu parler.

Histoire de quatre vidangeurs asphyxiés dans une fosse d'aisances, et ramenés à la vie en leur faisant respirer du chlore.

Quatre ouvriers vidangeurs employés par le sieur Richer étaient occupés, dans la nuit du 29 au 30 novembre 1834, à vider une fosse d'aisances, rue du Chevet-Saint-Landry, n° 1, quartier de la Cité, à Paris. Celui de ces ouvriers qui était occupé à détacher, à l'aide d'une pioche, la matière très-compacte qui remplissait une partie de la fosse d'aisances, mal construite d'ailleurs, frappé par le plomb, pousse un cri et tombe. Un de ses camarades descend aussitôt; arrivé dans la fosse, il cherche à passer une corde autour du corps du malheureux qui l'avait précédé; ce qu'il était difficile de faire, car cet infortuné était complètement enfoncé dans la vase; à peine a-t-il réussi, qu'il tombe lui-même victime de son empressement. Un troisième descend; mais il n'est pas arrivé à la moitié de la hauteur de la fosse, qu'on le voit déjà disparaître. Alors seulement on songea à retirer celui qui avait été asphyxié le premier; on n'y parvint qu'avec beaucoup de difficulté, vu l'étroitesse de l'ouverture de la fosse, qui ne laissait que difficilement passer un homme plié en double. Un quatrième descend alors; mais il avait eu le soin de se faire soutenir au moyen de cordages; ce qui ne fut pas inutile, car à peine était-il arrivé au bas de l'échelle par laquelle on descendait dans la fosse, qu'il tomba asphyxié, sans pouvoir porter de secours à ses camarades. Il fut rapidement retiré de ce séjour dangereux et infect; mais il en restait deux encore : aucun des assistans ne se décidait à leur porter secours, lorsque le nommé Lefèvre, ne consultant que son courage, descend hardiment dans la fosse, après avoir pris toutefois toutes les précautions convenables; il parvint, non sans difficulté, à lier un des deux vidangeurs, qui fut ainsi que lui amené au dehors. Mais la gêne extrême de la respiration qu'il avait éprouvée était telle que Lefèvre ne se décida à descendre de nouveau dans la fosse qu'après

les instances les plus vives et les plus pressantes. Ce trait de courage et de désintéressement, porté à la connaissance de M. le préfet de police, ainsi que toutes les circonstances de l'événement, dans un rapport daté du 3 novembre, dressé par M. Fleuriais, commissaire de police du quartier de la Cité, a valu au sieur Lefèvre une récompense aussi honorable que bien méritée.

Des circonstances qu'il est inutile de rapporter ici me mirent à même d'arriver sur les lieux avant que l'on eût retiré de la fosse aucun des quatre vidangeurs. Informé de la nature de l'accident, et ayant chez moi une dissolution aqueuse de chlore assez concentrée, j'eus la satisfaction de voir se confirmer chez l'homme ce que des expériences très-nombreuses chez les animaux, et répétées dans tous les cours de chimie, rendaient indubitable. Le cas était fort grave; en effet, deux des quatre vidangeurs auraient infailliblement succombé, s'ils n'eussent été secourus d'une manière aussi prompte qu'efficace; ils avaient séjourné *vingt minutes environ* dans la fosse, et avaient tous les deux avalé une énorme quantité de matière qu'ils rejetèrent en grande partie lorsqu'on les eut ramenés à la vie. Il me serait impossible, comme bien on le pense, d'assigner avec précision la longueur du séjour que ces deux malheureux ont fait dans la fosse. En disant vingt minutes, je ne fais que répéter ce qui m'a été dit par les nombreux assistans qu'avait attirés cette scène dégoûtante. Quoi qu'il en soit, deux des quatre ouvriers furent considérés comme étant dans un état de mort apparente par M. le docteur *Chailly* père, qui m'assistait dans les soins empressés dont ces malheureux étaient l'objet. Cette circonstance faillit faire perdre la vie à l'un d'eux. En effet, celui qui fut amené au dehors le troisième, étant regardé comme mort par les autres ouvriers vidangeurs, *qui s'y connaissent*, disaient-ils, il fut décidé par ces messieurs, réunis en conseil, et à l'unanimité des suffrages, que l'on ne descendrait pas de nouveau dans la fosse pour y chercher celui qui y était encore, et cela d'autant mieux que c'était justement celui qui avait été asphyxié le second. Mais les instances les plus vives et les plus pressantes furent

adressées au sieur Lefèvre par M. le docteur *Chailly* et par moi, qui à la fin se décida à descendre de nouveau dans la fosse d'aisances.

Comme le chlore n'est efficace qu'autant qu'il opère la décomposition du gaz sulfhydrique, il résultait de là l'indication positive et formelle de le faire respirer aux asphyxiés le plus promptement possible : c'est ce à quoi j'ai fait la plus grande attention. Dès que la tête d'un de ces malheureux était sortie de la fosse, j'ordonnais de le maintenir dans cette position ; et sans plus tarder je plaçais sous les narines le flacon contenant la dissolution de chlore. Un certain temps après je faisais tirer le malade complètement au-dehors, et le faisais coucher sur les côtés de l'ouverture de la fosse; là, il était de nouveau soumis à l'action du chlore, et y restait jusqu'à ce qu'il eût donné quelque signe de vie : alors seulement on le conduisait au grand air, où l'on mettait toujours en usage le même moyen. J'ai la conviction bien intime que deux de ces malheureux eussent succombé si l'on n'eût pas apporté cette promptitude dans les secours. Il est une chose à laquelle on ne saurait porter trop d'attention en pareille circonstance: aussi long-temps que le malade ne donne aucun signe de vie, on doit chercher à faire pénétrer la plus grande quantité possible de chlore dans la poitrine ; pour cela je faisais maintenir la tête fléchie sur la poitrine, lorsque le malade était couché, ayant soin de faire pénétrer le goulcau du flacon dans l'une des narines, l'autre étant maintenue fermée. Mais, dès que je voyais le malade donner quelque signe de vie, je maintenais le flacon appliqué sous le nez pendant un temps d'autant moins long que la vie se développait davantage. Je dois dire ici que j'ai trop insisté peut-être à leur faire respirer du chlore, car ces quatre individus se plaignaient le lendemain de douleurs assez vives dans la tête et la poitrine ; mais l'essentiel était de les rappeler à la vie, et en cela j'ai réussi, je puis le dire, au-delà de ce que je pouvais espérer, car ces hommes sont allés tous les quatre de leur pied à l'Hôtel-Dieu, et cela une demi-heure après qu'ils eurent été extraits de la fosse. Ils furent couchés salle Saint-Joseph. On leur donna quelques boissons chaudes et aromatiques. Le lende-

main, trois d'entre eux obtinrent leur sortie immédiate de l'hôpital. Le quatrième y resta quelque temps encore, pour y être traité d'une ophthalmie assez grave, déterminée par la présence de la vase qui avait séjourné quelque temps entre les paupières et le globe de l'œil. Le surlendemain, les trois vidangeurs, parfaitement bien portans, vinrent travailler de nouveau dans la même fosse d'aisances; mais en mettant la condition assez singulière, que s'ils étaient frappés par le plomb, *on n'irait pas chercher le monsieur à la petite bouteille.*

Le gaz de la fosse, ayant été analysé, était de de l'hydrogène sulfuré.

INDICATION DES OUVRAGES CITÉS DANS CETTE THÈSE.

Anisius, Dissertatio medica inauguralis de Ophthalmia venerea dicta; 1725. (Thèses étrangères de la Faculté de Paris, tome CLXXXVII.

Astruc, De morbis veneriis; 1736.

Idem, Traité des maladies vénériennes; 1743.

Baratta, Osservazioni pratiche sulle principali malattie degli occhi; Milano, 1816.

Beer, Die Lehre von den Augenkrankheiten; 1813-17.

Bosquillon, Traité de la gonorrhée et de la maladie vénérienne de *Benj. Bell*, trad. de *Bosquillon*; 1802.

Boyer, Maladies chirurgicales, tome V.

Breyer, De ophthalmia venerea, etc.; Tubingæ, 1734. (Thèses étrangères de la Faculté de Médecine de Paris, tome CLXXXVII.)

Chaussier, Cours de physiologie (cité dans *Pigou*).

Cooper (*Sam.*), Dictionnaire de chirurgie pratique; Paris, 1826.

Delpech, Chirurgie clinique de Montpellier; 1823.

Demours, Précis sur les maladies des yeux; Paris, 1821.

Id. Traité des maladies des yeux; Paris, 1818.

De Saint-Yves, Nouveau traité des maladies des yeux; Amsterdam; 1736.

Dupuytren, Leçons orales de clinique chirurgicale; Paris, 1833.

Eble, Ueber den Bau und die Krankheiten der Bindehaut des Auges, Wien, 1828.

Fréteau, Considérations pratiques sur le traitement de la gonorrhée virulente et sur celui de la vérole; Nantes, 1813.

Gassaud, Nouvelle bibliothèque médicale; tome II.

Guthrie, Archives, tome XVIII.

Hecker, Traité des différentes espèces de gonorrhées; Paris, 1812. Traduit par *Jourdan* et *Alyon*.

Helwing. Voyez *Breyer*.

Hufland, Neues Journal der practischen Arzneykunde, etc., tome XIV; 1801.

Hunter, Traité des maladies vénériennes, traduit par *Audiberti;* Paris, 1787.

Jungken, Die Lehre von den Augenkrankheiten; Berlin, 1832.

Lawrence, Traité pratique des maladies des yeux; Paris, 1830.

Idem, Traité des maladies vénériennes des yeux; extrait des Archives, tome XXVII.

Lange, cité dans *Fréteau*.

Lassus, Pathologie chirurgicale; Paris, 1806.

Lusardi, Archives de médecine, tome XVII, page 598.

Mackenzie, A Pratical treatise of the deseases of the eye; 1830.

Pigou, Thèses de la Faculté de Paris; 1806, n° 81.

Pleuck, Doctrina de morbis veneries; 1779.

Rémy, Thèse de la Faculté; an 13, n° 449.

Ribes, Mémoire sur l'emploi du baume de copahu à haute dose dans la gonorrhée, etc.; Revue médicale; tome IX.

Richter, Anfangs grunde der Wundarzneikunst dritter Band; Gœttingen, 1790.

Ricord, Gazette des hôpitaux; tome VII.

Roche et *Sanson*, Nouveaux élémens de pathologie médico-chirurgicale, troisième édition; 1833.

Rosas, Handbuch der theorischen und practischen Augenheilkunde; Wien, 1830.

Roux, Archives; tome XII.

Sanson, Dictionnaire de chirurgie et médecine pratiques; tome XII.

Scarpa, Traité des principales maladies des yeux, traduction de *Begin;* Paris, 1821.

Schmücker, Auserlesene Sammlung der besten medicinischen und chirurgischen Schriften.

Stœber, Manuel de l'ophthalmologiste; Paris, 1834.

Swédiaur, Traité complet sur la nature, etc., de la maladie vénérienne; Paris, 1798.

Vacca Berlinghieri, Tratié des maladies vénériennes.

Wardrop, The London medical Repository and Review; new series, tome V.

Idem, Archives; tome XXVII.

Watson, Compendium of the deseases on the human eye, etc., London, 1830.

Weller, Traité théorique et pratique des maladies des yeux; Paris, 1832.

Velpeau, Lancette française; tome V.

FIN.

N° 383.

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'IRITIS SYPHILITIQUE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 décembre 1836,

PAR CHARLES-CÉSAR-ACHILLE CAPRON,

DOCTEUR EN MÉDECINE;

Chirurgien des hôpitaux militaires.

Oculus quidem nihil ad vitam facit, sed ad vitam beatam nulla pars facit magis.

BOERHAAVE.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1836.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	BRESCHET, Examinateur.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, Examinateur.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Examinateur. / GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER, Suppléant. / BOUILLAUD. / CHOMEL. / ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. / SANSON (aîné). / ROUX. / VELPEAU, Président.
Clinique d'accouchemens	DUBOIS (Paul).

Professeur honoraire.

M. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
BÉRARD (Auguste), Examinateur.	JOBERT.
BOUCHARDAT.	LAUGIER.
BOYER (Philippe).	LESUEUR.
BROUSSAIS (Casimir).	MÉNIÈRE.
BUSSY.	MICHON.
DALMAS.	MONOD.
DANYAU.	REQUIN.
DUBOIS (Frédéric).	ROYER-COLLARD.
GUÉRARD, Examinateur.	ROBERT.
GUILLOT.	VIDAL, Suppléant.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'IRITIS SYPHILITIQUE.

De l'iris.

L'iris est une membrane circulaire, percée dans son milieu d'une ouverture arrondie et à peu près concentrique, qu'on appelle pupille ou prunelle. Cette membrane est enchâssée à la partie antérieure et dans la petite circonférence du cercle ciliaire. L'iris doit son nom aux couleurs variées qu'il présente.

La partie antérieure de l'œil est divisée, par l'iris, en deux chambres qui communiquent entre elles par une ouverture appelée pupille; cette ouverture a aussi la figure d'un cercle dont le centre est plus près de la partie interne que de la partie externe de l'œil.

L'iris constitue la paroi postérieure de la chambre antérieure, et la paroi antérieure de la chambre postérieure : la paroi antérieure de l'iris a donc pour limite, en avant, la chambre antérieure ; et la paroi

postérieure, pour limite, en arrière, la capsule du cristallin et le bord antérieur des procès ciliaires.

Petit a donné une demi ligne de diamètre à la pupille, d'autres ont pensé que dans l'état naturel la pupille avait une ligne de diamètre ; mais on ne peut déterminer l'ouverture de la pupille, tant cette ouverture est sujette à des changemens qui ont rapport aux climats, à l'âge, au sexe, au tempérament, aux maladies antérieures, à la distance des objets que l'on regarde, à l'intensité de la lumière, etc.

La forme de la pupille varie suivant les animaux : elle est circulaire chez l'homme, oblongue dans le sens transversal ou dans le sens vertical chez les animaux ; elle a des dimensions variables, mesurant la quantité de rayons lumineux qui arrivent à la rétine ; on a des exemples de pupilles doubles, triples ; on ne peut expliquer ce singulier phénomène qu'en admettant la persistance d'une portion de la membrane pupillaire. *Himly* a observé une pupille divisée en sept petits arceaux mobiles. (Ophthalm. beob., Brem., 1801, stk. 1, p. 50.)

La chambre antérieure a environ deux lignes de distance du centre de la cornée à la pupille ; son diamètre transversal est de quatre à cinq lignes ; le vertical est un peu moindre.

La chambre postérieure est bien moins grande que l'antérieure. Bien que quelques anatomistes en aient nié l'existence, elle existe néanmoins, et a un quart de ligne dans l'endroit où elle correspond au centre du cristallin. A cause de la convexité du cristallin, peut-être est-elle un peu plus spacieuse dans le reste de sa circonférence ?

Quelques anatomistes ont pensé que l'iris était la continuation de la choroïde ; la structure si compliquée de cet organe paraîtrait, selon d'autres, être composée par la membrane de l'humeur aqueuse, par la rétine et par la choroïde, et par une lame propre cellulo-vasculaire ; d'autres considèrent l'iris comme un tissu érectile ; il en est aussi qui le décrivent comme un plan double de fibres musculaires ; quelques-uns le regardent comme une membrane molle, *sui generis*, formée par des nerfs, des vaisseaux, unis entre eux par du tissu muqueux (*Meckel*, Manuel d'anatomie, page 233, tome III), et tout à fait

distincte de la choroïde. Tels sont les argumens de ceux qui sont favorables à cette dernière opinion. L'iris a plus d'épaisseur que la choroïde; il y a une série nombreuse de nerfs qui se rendent à l'iris, ce que l'on n'observe pas dans la choroïde. Le nombre moins considérable des vaisseaux qui se rendent à l'iris n'offre aucun rapport, aucune analogie avec ceux qui se rendent à la choroïde, soit par leur origine, soit pour leur mode de distribution. Les phénomènes vitaux de ces deux membranes diffèrent essentiellement: l'iris est doué d'une très-grande mobilité, la choroïde paraît n'en offrir aucun signe; par la macération, l'iris se sépare facilement des parties auxquelles il est uni, en conservant sa forme circulaire.

C'est principalement à la face antérieure de l'iris, qui est plane et non convexe, qu'on observe chez l'homme des stries radiées très-manifestes. Ces rayons, qui sont rectilignes quand la pupille est resserrée, deviennent flexueux pendant la dilatation; ils semblent se confondre en s'entre-croisant au voisinage de la pupille. C'est à cette face antérieure qu'est due la coloration des yeux, et qu'on peut presque rapporter aux différens tempéramens: ainsi, le lymphatique a l'œil d'un gris vert de mer; l'iris a peu de mobilité (en rapport avec l'apathie de la face); le colérique ou bilieux a l'œil noir et des contractions énergiques; le sanguin a l'œil d'une teinte foncée ou azurée, l'iris a des mouvemens vagues et qui ne sont pas bien déterminés; le mélancolique a des yeux bleus, etc.

La face postérieure de l'iris, recouverte d'un pigment noir, a reçu le nom d'uvée; la portion qui répond au petit cercle est d'une couleur différente; le pigment, moins noir, semble moins adhérent à l'iris chez l'enfant; chez l'adulte, au contraire, le pigment est intimement uni à l'iris et aux procès ciliaires. D'après *Monro,* chez l'albinos, le pigment est privé de couleur. Si après la macération on enlève le pigment qui recouvre la face postérieure de l'iris, on découvre des fibres disposées en manière de rayons autour de la prunelle, plus grosses vers le cercle extérieur de l'uvée, et qui diminuent insensiblement en s'approchant du bord de la prunelle. Ces fibres sont rondes, lisses, po-

lies, d'une couleur blanchâtre, et tout à fait semblables à celles des nerfs ou des tendons, et non à des fibres charnues et qu'on serait tenté de prendre pour des fibres tendineuses.

M. *Adelon* pense que le pigment et la matière colorante de la face antérieure sont exhalés par la membrane, et du même genre que la membrane colorante de la peau. *Mondini* le considère non comme un fluide sécrété, mais comme un tissu solide, un élément organique. *Berzélius* l'a trouvé composé en partie de fer et de carbone.

L'iris a deux circonférences : l'externe, plus grande, est jointe à la sclérotique au point de son union avec la cornée; l'interne, plus petite, circonscrit l'ouverture de la pupille.

L'iris paraît composé de deux lames : l'une est antérieure, l'autre postérieure; réunies au bord pupillaire, ces deux lames peuvent être divisées dans l'intervalle qui sépare la grande circonférence de la petite. A ces deux lames on en ajoute une troisième, découverte pour la première fois par *Demours* ou *Descemet*, et que l'on dit être la membrane de l'humeur aqueuse. Cette membrane, d'après M. *J. Cloquet*, tapisserait la face postérieure ou concave de la cornée, se réfléchirait sur la face antérieure de l'iris, qu'elle couvrirait de toutes parts. M. *Velpeau* nie que cette membrane s'étende sur toute la face antérieure de l'iris. Telle est aussi l'opinion de M. *Ribes*, qui pense que les procès ciliaires donnent naissance aux trois humeurs de l'œil. *J.-F. Meckel* croit que si la face antérieure de l'iris est tapissée par la membrane de *Descemet*, elle doit y être beaucoup plus mince qu'à la face postérieure de la cornée transparente et y avoir changé de nature. M. *Edwards* croit l'iris composé de quatre lames, deux propres à l'iris et deux qui proviennent de la membrane de l'humeur aqueuse; ces deux lames recouvriraient la face antérieure et la face postérieure de l'iris. M. *Cruveilhier* se demande comment se comporterait la membrane de l'humeur aqueuse par rapport au pigment, dans l'hypothèse où cette membrane recouvrirait la face postérieure de l'iris. *Wardrop*, *Helling*, *Fabini*, s'appuyant sur des faits d'anatomie pathologique, croyaient que cette membrane séreuse tapisse les deux chambres. M. le docteur

Caffe, chef de la clinique ophthalmologique des hôpitaux, a rencontré plusieurs cas qui lui ont démontré l'existence de l'altération de la membrane de *Descemet* au-devant de l'iris, sans que cette dernière membrane y participât.

De toutes les parties de l'œil, l'iris est celle qui offre les différences périodiques les plus remarquables. Durant les premiers temps de la vie intra-utérine, on observe une interruption de son cercle, qui est très-sensible vers la partie interne jusque vers la septième semaine. Vers le troisième mois apparaît la membrane pupillaire, fermant la pupille. Cette membrane très-mince, d'une couleur grisâtre, est aussi appelée membrane de *Wachendorff*, qui le premier l'a décrite en 1738, bien que déjà *Albinus*, *Haller*, *Zinn* et *Rœderer* en aient parlé. Elle se compose de deux feuillets, dont l'antérieur est une continuation de la membrane séreuse qui tapisse la face antérieure de l'iris, et dont le postérieur, abondamment pourvu de vaisseaux, se continue avec la face postérieure de l'iris. Le bord externe de cette membrane naît au bord interne de l'anneau pupillaire et ferme les deux chambres ; l'une et l'autre de ces chambres sont remplies de l'humeur aqueuse, qui n'existe pas seulement dans la chambre postérieure, comme le prétendent MM. *Edwards* et *Ribes*, mais bien aussi dans la chambre antérieure, comme l'ont prouvé les travaux de *J.-F. Meckel* et de M. *J. Cloquet*. Vers le septième ou le huitième mois, la rupture de cette membrane pupillaire a lieu, suivant M. *J. Cloquet*, par la rétraction de ses anses vasculaires, qui se retirent vers la petite circonférence de l'iris, en s'éloignant les unes des autres, et par conséquent du centre de la pupille. Peut-être aussi l'iris lui-même, par ses mouvemens, concourt-il à la dilacération de la membrane qui bouche son ouverture.

Les nerfs de l'iris sont les nerfs ciliaires; ils naissent de la première branche de la cinquième paire, de la troisième et du grand sympathique. Ils sont au nombre de vingt environ, percent la sclérotique un peu en arrière du grand diamètre de l'œil, parcourent un trajet de quelques lignes dans la substance même de cette membrane, se

placent ensuite entre elle et la choroïde, adhèrent faiblement à ces deux tuniques, marchent d'arrière en avant sans former aucun rameau, et gagnent le bord externe du ligament ciliaire. (M. *H. Cloquet* considère le cercle ciliaire comme un ganglion nerveux où aboutissent les nerfs ciliaires, et duquel partent les filets qui vont se ramifier à la face postérieure de l'iris.) Immédiatement derrière le bord externe de ce ligament ciliaire, ils se partagent presque toujours en deux branches qui décrivent ensemble un angle aigu. Ces branches se portent en devant sur la face antérieure de la choroïde, sous le ligament ciliaire, et gagnent la face antérieure de l'iris, où elles forment les filamens blanchâtres et rayonnans qu'on y remarque, filamens sur le trajet desquels se trouvent des renflemens arrondis qui sont peut-être des ganglions. (*Meckel*, Manuel d'anatomie, t. III, p. 234.)

Trois ordres d'artères se rendent à l'iris ; celles qui méritent le plus de fixer l'attention, ce sont les ciliaires antérieures, qui viennent des musculaires ; leur congestion paraît être l'un des signes de l'iritis, au moins dans l'état aigu ; elles percent la sclérotique à environ deux lignes de la cornée, en venant de la partie postérieure de l'œil ; et, après avoir couru entre cette membrane et la conjonctive, elles traversent alors le ligament ciliaire, et s'anastomosent avec les filets ciliaires longs et courts.

Indépendamment de ces ramifications artérielles, l'iris renferme aussi beaucoup de vénules, qui se jettent les unes dans les veines satellites des ciliaires longues, et les autres dans les veines tourbillonnées. C'est sur la face antérieure de l'iris que les vaisseaux sont le plus apparens, et ils semblent n'y être retenus que par des liens très-lâches.

L'iris est susceptible d'agrandissement et de resserrement, dont le mécanisme est encore, parmi les anatomistes, un sujet de contestation. Voici les opinions des principaux : ainsi *Ruysch*, *Boerhaave*, *Morgagni*, *Lieutaud*, *Winslow*, *Demours*, *Janin*, *Cuvier*, *Maunoir*, *Scarpa*, sir *E. Home*, MM. *Monro*, *Lauth*, *Carron du Villards*, pensent que les mouvemens de l'iris sont dus à sa construction fibreuse et musculaire.

Wectbrecht, *Haller*, *Zinn*, MM. *Larrey*, *Velpeau*, *Jules* et *H. Cloquet*, *Luzardi*, pensent que la construction de l'iris est nervoso-cellulaire, et que ses mouvemens d'expansion et de resserrement doivent être exclusivement attribués à l'afflux du sang dans cette espèce de tissu, qui se comporte comme un bulbe distendu par le sang. Les travaux récens du savant *Dugès* sur les tissus précornéens, et la structure de l'iris chez l'homme et les animaux, paraissent avoir mis hors de doute la construction musculaire de l'iris, en y découvrant des fibres à globules en tout semblables à celles décrites par *Prevost* et *Dumas*, comme principes constituans de la fibre musculaire. Que ne doit-on pas conclure aussi des belles expériences de M. *Maunoir* de Genève, qui, au moyen de courans galvaniques, fit contracter les iris de plusieurs suppliciés, et, entre autres, des deux assassins Carbonet et Machon. M. *Riggs* paraît aussi démontrer la présence des fibres musculaires dans l'iris par une expérience faite au Collége des Chirurgiens de Dublin sur un criminel chez lequel une aiguille, introduite dans l'iris et communiquant avec un appareil galvanique, détermina une vive contraction de cette membrane. Il cite le fait du docteur *Roget*, qui peut à volonté faire mouvoir ses iris, et celui d'un jeune homme qui pouvait à volonté aussi obscurcir ou rendre plus clair un objet placé près de lui sans rien changer dans les rapports où il se trouvait avec l'objet.

Le nerf de la cinquième paire communiquant avec le ganglion ophthalmique, les nerfs ciliaires et l'iris, explique les sympathies de l'iris avec les organes des sens : ainsi, quelques odeurs provoquent les larmes et font osciller l'iris; de plus, par ses anastomoses avec le ganglion cervical supérieur, la cinquième paire met l'œil en sympathie avec les organes abdominaux, et nous fait comprendre que la présence d'un tænia ou de vers lombrics dans l'intestin agisse sur l'œil et dilate la pupille : la faim, la soif, le besoin d'uriner et le vomissement, produisent le même effet. D'ailleurs, l'iris est certainement de toutes les membranes celle qui a le plus de sympathies : l'épilepsie, l'hystérie, l'irritation cérébrale, les narcotiques, l'action de

la belladone et de la jusquiame, l'hydrocéphale, dilatent la pupille; l'hydrophobie, l'hydrophthalmie, contractent la pupille, ainsi que l'a observé mon ami le docteur *Grellois*. Au début de la variole, l'iris est contracté. Toutes les maladies se traduisent par une dilatation de la pupille, quand le malade est anémié ou faible; par une contraction, quand l'individu est hypérémié.

L'iris, en ne laissant pénétrer dans l'intérieur de l'œil que ceux des rayons lumineux qui sont tombés au centre de la cornée, est le modérateur de ces rayons lumineux; de plus, il coordonne l'œil à l'intensité de la lumière et à la distance des objets. C'est, en effet, un résultat de l'observation, que la pupille devient d'autant moindre qu'on passe d'un lieu plus obscur dans un endroit plus éclairé; pareillement, si l'on regarde successivement les points extrêmes d'une longue règle, la pupille diminue ou augmente d'étendue, suivant que l'œil se dirige vers l'extrémité la plus voisine ou vers les points les plus éloignés de la règle.

Le resserrement de la pupille est actif; sa dilatation est passive.

De l'iritis.

Après avoir esquissé à grands traits les caractères généraux anatomiques de l'iris et de ses annexes, nous allons nous occuper de son inflammation; mais comme il n'entre point dans le cadre de notre travail d'embrasser toutes les espèces d'inflammation de cette partie de l'œil, nous allons seulement borner nos recherches sur l'inflammation de l'iris due à une cause syphilitique.

L'infection vénérienne est sans contredit une des causes qui produisent le plus fréquemment les inflammations de l'iris. Les différentes formes des maladies inflammatoires de l'iris se ressemblent en général dans les caractères généraux qui accompagnent les lésions inflammatoires; elles ne varient que dans les modifications des phénomènes et dans les circonstances qui les accompagnent. Il découle de ces considérations que, tout en nous occupant des caractères spéciaux à l'iritis

syphilitique, nous devrons embrasser les caractères généraux qui constituent cette affection dans son état de simplicité. Plus que toute autre espèce d'iritis, celle de nature vénérienne a été long-temps inconnue en France, et à peine en trouve-t-on des traces dans le grand Dictionnaire des sciences médicales. En 1820, un médecin allemand, le docteur *Müller*, consacra quelques pages à l'histoire de cette affection dans un excellent recueil, qui n'a eu que quelques mois d'existence, quoiqu'il fût destiné à rendre de très-grands services à la science. (*Guillié*, Bibl. ophth., t. I.) En Allemagne, au contraire, le professeur *Beer* en fit le sujet d'un travail fort important, inséré dans ses Leçons sur les maladies des yeux. Une foule de dissertations inaugurales, soutenues à Vienne, à Berlin, à Heidelberg, attestent les recherches et les efforts des médecins allemands sur l'affection spécifique qui nous occupe, tandis que chez nous elle passe inaperçue et pour ainsi dire ignorée. Il faut avouer cependant que dans ces derniers temps M. le professeur *Sanson* a consacré un article à l'iritis syphilitique, et qu'il l'a traité avec tout l'esprit d'observation qui le caractérise.

Caractères généraux de l'iritis.

Les chambres antérieure et postérieure de l'œil, qui sont tapissées par une membrane lisse qui exhale et qui absorbe un fluide aqueux, sont analogues aux cavités séreuses ; on ne doit donc point être étonné de retrouver une analogie dans les maladies de ces différentes parties. D'un autre côté, en admettant, comme nous l'avons dit, une construction musculeuse dans l'iris, serpentée dans tous les points par des vaisseaux sanguins de diverse nature, on se rendra facilement raison de la violence et de la persistance des inflammations de l'iris, en même temps que de la promptitude avec laquelle elles produisent des exsudations de diverse nature. Pour procéder avec méthode, nous distinguerons dans l'ensemble, des symptômes qui accompagnent ou dénotent l'inflammation de l'iris ; les symptômes de la première période se révèlent quelquefois seulement par une vascularité du cercle

précornéen de médiocre apparence, et qu'il faut souvent rechercher avec soin. On est quelquefois obligé de soulever la paupière supérieure pour reconnaître dans le limbe de l'arc sclérotico-cornéen une injection qui indique une concentration sanguine vers la membrane irienne. Ce symptôme est d'autant plus douteux que dans un grand nombre de kératites légères, produites par des accidens traumatiques, on reconnaît la même vascularité. Cependant, si en même temps le cercle interne de l'iris (bord libre irien) a changé de couleur; si la pupille, en conservant son ampleur normale, est affectée d'une légère hypérémie dans le bord libre, on peut alors reconnaître une iritis à marche lente. Les choses ne se passent pas toujours ainsi : dans un grand nombre de circonstances, l'iris éprouve un changement de couleur qui est un des caractères les plus frappans de son inflammation. En effet, un iris de couleur claire prend une teinte verdâtre ou jaune de Sienne; et si dans l'état normal l'œil est bleu, on voit son iris prendre une teinte *vert brillant*. En général, cependant, la teinte jaune de Sienne ou vert de mer est plus terne que dans l'état normal des yeux ainsi colorés. Dans les yeux, au contraire, où l'iris est d'une couleur brun foncé ou noir, aussitôt qu'il y existe de l'inflammation, la membrane revêt une couleur rougeâtre, sanguine ou briquetée. Cette décoloration est suivie de la perte complète de son état naturel : l'iris devient trouble, quelquefois noir terne, et la belle disposition de ses fibres, si appréciables dans l'état sain, disparaît dans l'hypérémie générale de l'organe.

C'est en général dans le bord pupillaire que se manifestent ces premiers symptômes, et ils sont d'autant plus appréciables que, dans la plupart des cas, on peut les comparer à l'œil opposé, qui est presque toujours sain. Dans un état peu avancé de la maladie, ce n'est que l'extrémité du bord de la pupille qui est affectée; puis le mal s'étend peu à peu, graduellement, vers le grand cercle interne, qui à son tour commence à s'hypérémier, à subir des accidens de couleur, qui se propagent jusqu'au bord ciliaire. Cette coloration anormale de l'iris est due, d'un côté à l'afflux du sang dans la texture de l'organe,

et de l'autre à une effusion de lymphe qui se forme sur sa surface, et de nature analogue à la moisissure que l'on observe sur les grains de seigle dans les premières périodes de l'ergotisme. La diminution dans la rondeur de l'espace pupillaire, l'altération dans l'activité de ses phénomènes de dilatation et de contraction, enfin la confusion ou l'altération de la vue, viennent de plus en plus confirmer l'inflammation des tissus iriens. A ces phénomènes physiques, il faut joindre ensuite ceux qui se rattachent aux sensations. Souvent il existe des douleurs très-vives qui ne sont pas en rapport avec la légèreté des symptômes observés. Dans d'autres circonstances, au contraire, la douleur est de bien peu d'importance, en raison des désordres reconnus dans l'organe souffrant. Cet état léger et presque ambigu peut persister plusieurs semaines sans s'aggraver, et même se résoudre par un traitement convenable; car, il faut le dire en passant, de toutes les affections de l'œil l'iritis est celle sur laquelle les forces médiatrices de la nature ont le moins d'action. Dans un grand nombre de circonstances, la maladie augmente tout à coup, et constitue le second degré de l'affection, forme sous laquelle on la rencontre le plus souvent. Ici la nature des modifications qui se présentent dans l'œil rend le diagnostic moins douteux, et, pour peu que l'on ait vu des inflammations de l'iris, il n'y a pas d'erreur possible.

C'est cependant dans la région irienne et précornéenne qu'il faut encore chercher les symptômes saillans; car plus on s'éloigne de ce point, plus les symptômes diminuent, au point que dans l'iritis la sclérotique, qui est très-injectée dans le voisinage de l'arc sclérotico-cornéen, ne l'est pas ou presque pas dans les angles de l'œil : à peine trouve-t-on quelques vaisseaux turgescens dans les parties que nous venons d'indiquer. Quand ces troncs sus-sclérotidiens avoisinent l'arc sus-nommé, ils se divisent à l'infini et forment des réseaux en éventail assez semblables aux brosses à vernir connues dans le commerce sous le nom de *queues de morue;* puis ils finissent brusquement au niveau de l'arc, comme s'ils traversaient la sclérotique pour entrer dans l'intérieur de l'organe. Pendant long-temps M. le docteur *Car-*

ron du Villards, qui a bien voulu me communiquer ces détails, crut qu'arrêtés par l'arc sclérotico-cornéen, ils suivaient cette marche; mais ayant eu occasion de disséquer des yeux d'hommes qui avaient succombé à la suite des ophthalmies égyptienne, varioleuse et autres, il s'est convaincu, le scalpel à la main, que ces vaisseaux étaient arrêtés par le peu de dilatabilité des tissus cornéens, qui offrent à l'injection sanguine une barrière impénétrable toutes les fois qu'ils n'ont pas subi un commencement de ramollissement. Mais lorsque l'inflammation a commencé à altérer la connexion des lames de la cornée, le sang y pénètre peu à peu. A cette période de la maladie, le cercle interne de l'iris et quelquefois une partie du cercle externe sont décolorés, parce que le sang se porte avec force sur le centre des tissus. Le docteur *Carron du Villards* ne croit pas, avec *Mackensie*, qu'il y ait déjà sécrétion de lymphe, mais bien stase et engorgement analogue à celui que l'on rencontre dans le parenchyme du poumon à la suite de la pneumonie par engouement (hypostatique de M. *Piorry*). En effet, quand on examine l'iris à l'œil nu, ou mieux encore avec un verre à grossissement, l'on est tout étonné de voir sa surface, autrefois si lisse, si brillante, maintenant mate, cotonneuse, comme recouverte de moisissure ou de bissus. Le rebord pupillaire est le siége d'efflorescences villeuses, noirâtres, quelquefois grisâtres, et qui sont, à n'en pas douter, des produits sécrétés : la pupille est immobile ou fortement contractée.

L'iris se porte ou en avant ou en arrière, et tend à former les synéchies antérieures ou postérieures. Ce sont les dernières qui sont les plus fréquentes ; et alors l'iris s'enfonce en forme d'infundibulum qui finit par adhérer à la lentille ou à sa capsule. Pour peu que la maladie continue, il se forme dans la pupille des tissus nouveaux qui ne tardent point à l'oblitérer en entier. Voilà quant aux phénomènes objectifs et physiques. Passons maintenant à ceux des fonctions et des sensations. La vue est sensiblement altérée, la lumière n'est plus tolérée; le malade éprouve dans l'organe des douleurs très-vives qui s'irradient aux sourcils, à la tempe et dans les dents. La glande lacry-

male s'irrite et sécrète des larmes abondantes et âcres; l'œil paraît augmenté de volume, et en le refoulant, même avec ménagement, au fond de l'orbite, on fait éprouver au malade de violentes douleurs. Les paupières sont en proie à des tremblemens nerveux et au blépharo-spasme; le pouls est dur, fréquent; la soif ardente, l'insomnie cruelle; les douleurs paraissent revenir périodiquement à la tombée de la nuit, comme s'il s'agissait d'une fièvre à accès périodique avec exacerbation nocturne. (M. *Carron du Villards*, Recherches pratiques sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte, p. 183.) A chaque redoublement, les douleurs de l'œil deviennent lancinantes, et sont accompagnées de photopsie. Malgré cet état de gravité, l'œil peut se rétablir jusqu'à un certain point; mais ce serait beaucoup risquer que de s'en tenir à une méthode expectante; le rétablissement est plus sûr, plus prompt, en suivant un traitement convenable. Alors on voit l'injection irienne et sclérotidienne se dissiper peu à peu, puis la pupille commence à reprendre quelques mouvemens; les villosités de l'iris s'effacent et la vue se rétablit assez bien, s'il n'y a pas eu de sécrétion d'une pseudo-membrane, ou si des liens anormaux ne sont pas établis entre l'iris et la capsule. Il n'est pas rare de voir l'humeur aqueuse charrier des flocons albumineux analogues à ceux qui flottent dans la sérosité épanchée dans l'abdomen à la suite des péritonites. Ces produits inflammatoires libres finissent en général par s'absorber; il n'en est pas de même des brides qui adhèrent à l'iris, au cristallin ou à ses annexes, et qui reçoivent alors des vaisseaux nourriciers de l'une et de l'autre de ces parties de l'œil, cohésions au moyen desquelles elles reçoivent de la vie des sucs nourriciers, et échappent ainsi à l'action absorbante de l'humeur aqueuse.

En voilà plus qu'il n'en faut pour aborder la question de l'inflammation syphilitique de l'iris, dont nous allons de même trouver les phénomènes caractéristiques.

Caractères généraux de l'iritis syphilitique.

Lorsque l'on réfléchit à la nature intime de la membrane qui tapisse les deux chambres de l'œil, à l'activité avec laquelle elle sécrète et absorbe continuellement un fluide hyalin, l'on ne peut ni méconnaître son analogie intime avec les autres membranes séreuses, ni le rapport extrême qui existe dans les maladies qui leur sont propres.

Ne savons-nous pas malheureusement que l'inflammation des séreuses se révèle quelquefois par des signes bien tardifs, bien obscurs, et que les désordres rendus bien souvent évidens par l'autopsie sont en rapport inverse des phénomènes perçus pendant la vie. D'un autre côté, le caractère le plus tranché de l'inflammation des séreuses, c'est l'exsudation d'une lymphe albumineuse, floconneuse, plastique ou coagulable, selon le degré d'inflammation.

Ces réflexions étaient nécessaires pour pouvoir dire ensuite qu'on ne découvre pas toujours dans l'iritis syphilitique des caractères assez tranchés de l'état inflammatoire pour expliquer la nature et l'abondance des produits sécrétés. Mais ce que l'on observe dans l'iritis, ne le rencontre-t-on pas tous les jours dans l'inflammation lente, obscure, du péritoine, du péricarde, de l'arachnoïde, des enveloppes intimes du testicule, etc.? Si dans presque toutes les circonstances même, comme le croit M. *Velpeau*, l'iritis syphilitique s'annonce par des caractères inflammatoires communs aux autres iritis, tels que rougeur du cercle sclérotico-cornéen, photophobie, larmoiement aigu, douleur pongitive dans l'organe, état de gonflement de l'œil, teinte rosacée de la sclérotique, qui s'évanouit à mesure qu'elle s'éloigne de l'anneau vasculaire du pourtour de la cornée, il en est d'autres où rien de semblable ne se présente. Il existe à peine une légère zonule précornéenne, que l'iris commence à s'obscurcir et à se couvrir d'exsudations qui se font au travers des vaisseaux de l'iris, et qui, pour tout praticien exercé, forment un type réel des affections vénériennes. Cette sécrétion morbide, que *Lawrence* ne croit point devoir être admise, cette exsudation a lieu

tantôt à l'intérieur, tantôt à l'extérieur de l'iris. Dans tous cas, elle modifie la forme, les mouvemens, les fonctions de l'iris, de la pupille, et peut apporter un obstacle majeur à la vision.

Symptômes particuliers de l'iritis syphilitique.

Dans le plus grand nombre des circonstances, l'iritis syphilitique s'annonce par des symptômes généraux d'ophthalmie rhumatismale ou catarrhale. Le petit cercle précornéen dont nous avons signalé l'existence, et qui, selon M. *Velpeau*, indique aussi bien une kératite qu'une iritis, s'agrandit, et forme une couronne vasculaire composée de vaisseaux fins et rayonnans, qui s'agrandit, s'éclaircit, et paraît à mesure qu'elle s'avance vers la périphérie du globe. Peu à peu la conjonctive prend une couleur *rouge vineux*, ses vaisseaux s'injectent; mais, en portant à droite ou à gauche cette membrane par le refoulement de la paupière, on distingue facilement le réseau vasculaire de la sclérotique vers le cercle précornéen, qu'il est facile de reconnaître à la forme, à la couleur, à la finesse, enfin à la brusque terminaison des vaisseaux, ainsi que nous l'avons indiqué aux caractères généraux de l'iritis simple ou idiopathique. Cette double couronne rosée des tissus sclérotidiens et conjonctiviens persiste quelquefois toute la vie, même après guérison radicale des symptômes spécifiques, et augmente sous la plus légère variation atmosphérique ou après un petit écart de régime. A mesure que les symptômes inflammatoires s'aggravent, les rapports intimes qui existent entre l'iris, la cornée et la sclérotique, deviennent aussi évidens à l'état pathologique qu'ils le sont peu à l'état sain, ce qui rend si marqués les effets de l'inflammation de l'iris sur ces parties, *et vice versâ*. Aussi M. *Velpeau*, qui a publié un travail sur la distribution des vaisseaux dans l'œil, et qui s'est beaucoup occupé des inflammations de cet organe, pense-t-il que les changemens anatomiques rapportés jusqu'ici à l'iritis appartiennent tout aussi bien à la kératite.

En effet, les vaisseaux sclérotidiens s'enfoncent dans la cornée, le

sang s'y accumule, et cette membrane perd de la fermeté à laquelle elle doit son nom, et qui lui donne sa pellucidité. Or, comme cette pellucidité n'est due qu'à la circulation d'une humeur extrêmement ténue dans la texture intime inter-lamellaire de la cornée, celle-ci commence à se ternir aussitôt que les globules sanguins s'accumulent dans les vaisseaux : cette diminution de la diaphanéité cornéenne est uniforme et non tachetée, comme dans l'inflammation de la membrane de *Descemet*. Ainsi que *Beer*, M. le docteur *Carron du Villards* admet, contrairement aux opinions de *Valther* et de *Lawrence*, l'obscurcissement de l'humeur aqueuse, pour en avoir vu des cas très-évidens dans sa pratique particulière, et à l'hôpital des Vénériens, dans le service de M. *Cullerier* oncle, en 1821 et 1822. Si les faits ne venaient point à l'appui de cette opinion de *Beer*, n'en trouverait-on pas une raison théorique dans la richesse des tissus vasculaires de l'iris, si bien étudiés par *Müller?* (*Müller*, Exposition anatomique et physiologique de l'œil humain, Vienne, 1819. — *Panezza* et *Ammon* de Dresde.)

A cette époque de la maladie, la mobilité de l'iris cesse graduellement, puis s'interrompt tout à coup ; la pupille se rétrécit. Aussitôt que cet état persiste, elle quitte le centre de la circonférence irienne pour se porter en dedans, en dehors ou en haut, et non point, comme le prétend *Müller*, invariablement en dedans. Ce changement de direction est aussi accompagné de déformation de la pupille elle-même, qui affecte diverses configurations, selon la gravité et la durée de la maladie.

C'est ici le cas d'examiner jusqu'à quel point sont réels les signes de diagnostic différentiel basés sur les diverses difformations de la pupille, opinion avancée par *Beer*, *Müller*, et la plupart des ophthalmologistes allemands.

En effet, si l'on devait considérer les déformations de la pupille comme signe certain d'une spécificité compliquant l'inflammation de l'iris, pourquoi cette déformation ne serait-elle pas uniforme dans tous les yeux reconnus atteints d'une iritis syphilitique?

Les faits viennent prouver le contraire; et, dans le plus grand nombre des mémoires envoyés au concours de la Société médico-pratique, la question du diagnostic a été jugée par la négative, au point que, dans un Mémoire couronné, l'un des lauréats, M. le docteur *Carron du Villards*, avait formulé la proposition suivante : *Si les iritis syphilitique, rhumatismale, scrophuleuse, sont caractérisées par les déformations particulières de la pupille, pourquoi cette déformation typique n'est-elle pas invariablement la même dans les deux yeux, quand ces deux organes sont atteints de la même espèce d'iritis?*

Rien n'est plus commun que de voir, dans une iritis syphilitique, une pupille anguleuse tournée vers le grand angle, et l'autre complètement ovale et transversale. En consultant les planches qui accompagnent les mémoires dont nous venons de parler, on acquiert la preuve de ce que nous avançons. Cette opinion est, du reste, celle de MM. *Velpeau* et *Sanson*.

M. *Velpeau*, qui s'élève depuis long-temps, sous ce rapport, contre les idées allemandes, a même montré l'année dernière à sa clinique plusieurs malades chez lesquels la même pupille offrait successivement les formes de l'iritis syphilitique, arthritique, scrophuleuse et rhumatismale. Ce chirurgien soutient aussi qu'aucun des signes objectifs de l'iritis dite syphilitique n'est pathognomonique, attendu qu'ils peuvent se montrer tous dans les autres variétés de l'iritis.

La substance de l'iris elle-même se modifie, se boursouffle et se couvre de villosités assez apparentes, qui diminuent le diamètre antéro-postérieur de la chambre antérieure. La belle couleur noire de la pupille commence à s'obscurcir, à devenir nébuleuse, variée, chatoyante; puis l'iris se couvre peu à peu ou subitement d'une couche de lymphe, tantôt jaunâtre, tantôt verdâtre clair. Dans d'autres cas, l'iris prend une couleur jaune d'autant plus prononcée que l'œil était d'un bleu clair et vif. Lorsque l'iris est gris ardoisé, il prend une teinte rougeâtre dans toute sa circonférence. La membrane perd son éclat naturel; elle revêt alors une teinte obscure qui fait disparaître à la vue l'admirable lacis de vaisseaux et de fibres qui

constitue le caractère distinctif de l'iris. Quand les deux yeux sont atteints, ils se ressemblent, en général, par l'harmonie de leurs lésions; mais quand un œil est sain, l'effet disparate des deux organes forme un coup d'œil fatigant. Au début de l'exsudation, on ne la rencontre que sur les rebords de la pupille; puis elle gagne graduellement la grande circonférence de la membrane. Ces divers phénomènes sont accompagnés de douleurs vives dans l'orbite, pongitives, ostéocopes ou névralgiques; ces douleurs augmentent, à la tombée de la nuit, en forme d'accès qui durent toute la nuit, et qui sont suivis de photophobie, de photopsie, et surtout d'un larmoiement très-incommode, qui ne permet pas au malade de dormir un instant : le calme et l'apyrexie reparaissent avec le jour. Pour peu que la maladie persiste, il se forme au rebord de la pupille un bourrelet qui fait saillie, et qui est produit par un épanchement dans le tissu même de l'iris. Cet état est presque toujours compliqué d'une sécrétion de lymphe qui se place dans l'espace pupillaire, et qui gêne plus ou moins la vision.

Si les moyens employés pour combattre l'iritis syphilitique ne sont pas suffisans, ou si la maladie n'a pas été prise en temps utile, il se forme au rebord libre de l'iris et dans l'espace pupillaire de petites élévations frangées, digitées, que *Müller* nomme crista-galli, et que le professeur *Beer* considère comme de véritables condylômes. M. le docteur *Carron du Villards* a vu réunis en grappes comme des choux-fleurs qui refoulaient l'iris en avant, et venaient en contact avec la cornée. Quelquefois ils jettent l'iris de côté, le détachent de la zonule ciliaire, et font irruption dans la chambre postérieure, où ils exercent des ravages notables; quand ils se projettent de côté, ils amincissent la sclérotique, et la font tomber en dehors.

On observe souvent sur la surface de l'iris des kystes purulens qui se rompent, et forment alors un faux hypopion. C'est ce qui a fait croire dans des cas à la suppuration de l'œil, chose qui est assez rare à la suite de l'inflammation vénérienne de l'iris, dont les résultats sont en général des produits végétans. Le docteur *Monteath* (*Monteath*,

Traduction anglaise de *Veller*) croit que ces kystes proviennent de la partie postérieure de l'iris, et qu'ils se font jour à travers les fibres radiées de l'organe. Arrivée à ce point d'intensité, la maladie se propage au cristallin, à la capsule, à la choroïde et à la rétine; la vue s'abolit, et souvent l'œil s'atrophie. C'est à cette époque que la cornée se ramollit, et que l'on y voit paraître des ulcérations profondes, lardacées, à bords renversés, qui ne tardent pas à faire vider l'œil.

Quoique grave, le pronostic de l'iritis syphilitique offre moins de chances défavorables que les autres iritis; car si l'on parvient à la traiter à temps, l'action du mercure est tellement évidente que l'on voit sous son influence disparaître les symptômes les plus sérieux et les plus alarmans. Il faudra donc prendre en considération l'état constitutionnel du malade; et si l'iris n'est pas détruit par des ulcérations ou des fontes purulentes, si les sécrétions anormales ne sont pas trop abondantes, il faut espérer que la vue ne sera pas complètement abolie.

Traitement.

Quoique l'iritis syphilitique ne soit pas accompagnée de symptômes d'irritation très-prononcés, il est cependant nécessaire de surveiller le mouvement inflammatoire; car il peut se déceler au milieu de ce travail végétatif et ulcéreux qui est le caractère de l'affection vénérienne. Il est important cependant de le combattre convenablement avant de recourir aux mercuriaux. M. le docteur *Carron du Villards* pense que les évacuations modérées peuvent faciliter, accélérer l'action du mercure, ainsi que le faisaient *Fabre*, *Hunter*, *Pearson*, et comme le font encore aujourd'hui avec succès MM. *Biett*, *Ricord*, *Lisfranc* et *Broussais*. Dans ce cas, la saignée doit être plutôt révulsive que déplétive, et l'on combat les localisations par les ventouses scarifiées, rarement par des sangsues dans le voisinage de l'œil, où elles produisent parfois des érysipèles ou des ulcérations vénériennes consécutives. M. *Velpeau*, qui en vient immédiatement aux mercuriaux, ne prescrit les émissions sanguines que si les symptômes inflammatoires en réclament spécialement l'emploi.

On passe ensuite aux moyens capables d'arrêter les symptômes fatigans, et qui réagissent sur les nerfs et la constitution : on cherchera donc à calmer les douleurs vives et profondes qui occasionent l'insomnie. Pour interrompre promptement les accès et exacerbations nocturnes, il faut pratiquer sur le front des frictions avec l'onguent napolitain uni à la belladone ou à la jusquiame. M. *Carron du Villards* conseille de fomenter l'œil avec de l'eau distillée de laurier-cerise tiède tenant en dissolution un quart de grain de cyanure de mercure pour quatre onces de liquide. Cette médication lui a souvent réussi, et il l'emploie fort souvent. En cela, il se trouve en opposition formelle avec *Beer* et *Müller*, qui recommandent de ne rien mettre sur l'œil pendant que la maladie est à l'état aigu.

On doit combattre l'insomnie par des lavemens opiacés, des juleps anodins, des applications narcotiques sur les tempes; et, pour des personnes qui pourraient garder des lavemens hypnotiques, on ordonnera des suppositoires de beurre de cacao opiacé. Le régime de vie sera sévère; le malade s'abstiendra de vin, de café, de liqueurs; il devra se nourrir principalement de laitage, de légumes, de viandes blanches et en petite quantité.

Aussitôt que l'état inflammatoire est enrayé, on doit immédiatement recourir à l'usage du mercure sous diverses formes, et selon l'état général des organes destinés à le recevoir. On doit surtout employer le calomel à doses fractionnées, ainsi que le font les oculistes allemands et quelques médecins français, MM. *Biett*, *Canezave* et *Schedel;* ou bien à doses perturbatrices, comme le font les Anglais, *Lawrence*, *Mackensie*, *Middlemore* et *Fricke;* et en France, MM. *Sanson* et *Caffe*. Ce moyen agit alors comme révulsif du canal intestinal et comme sialagogue. C'est le proto-iodure de mercure à petite dose que préfère M. *Velpeau*.

Dans les maladies graves, on a employé avec succès les préparations aurifères, et on leur associé les tisanes sudorifiques. Quant à la salivation, nous croyons avec beaucoup de praticiens qu'on ne doit chercher à la provoquer que lorsque les symptômes sont tellement

dangereux qu'il faut agir avec violence pour empêcher de plus graves désordres. Aussitôt qu'on le peut, il faut instiller entre les paupières de la solution de belladone, afin d'empêcher les effets des adhérences et des pseudo-membranes. Dans les cas rebelles, on emploie avec avantage la tisane de *Feltz*, de *Zimmermann*, et la solution de *Fuller*. Lorsque la maladie est compliquée d'affection grave de la peau, M. *Biett* emploie avec avantage le proto-iodure de mercure. J'ai vu, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, M. *Denis* employer avec succès cette préparation dans un cas d'iritis accompagnée de pustules syphilitiques sur tout le corps. Toutes les fois qu'il s'agit d'une iritis syphilitique, il faut insister sur le traitement, et ne pas se décourager, parce que, d'un côté, la maladie est toujours rebelle, et que, de l'autre, elle est sujette à des variations de mieux-être ou de recrudescence qui ne se terminent que par un traitement sévère et énergique. Il est des circonstances où le traitement médical ne peut point triompher des accidens produits par l'inflammation de l'iris. Ainsi, une abondante sécrétion de pus dans les chambres antérieure et postérieure ne s'absorbant pas ou presque pas, il faut recourir à l'opération de l'hypopion, en suivant pour cette opération les préceptes tracés par le docteur *Carron du Villards* dans son article sur la paracentèse du globe de l'œil (Gaz. méd., 1832). Si l'abondance de la sécrétion de l'humeur aqueuse faisait craindre la série des accidens si bien décrits par *Wardrop*, il faudrait, de même que le faisait ce praticien célèbre, recourir à l'évacuation du liquide sécrété. Dans d'autres circonstances, la chirurgie est appelée à détruire les conditions pathologiques qu'a produites l'inflammation. L'examen de ces cas nous porterait trop loin; nous renvoyons pour cela aux ouvrages qui traitent spécialement de la pupille artificielle.

Ire OBS. *Iritis syphilitique consécutive à une dartre pustuleuse crustacée vénérienne; traitement mercuriel par les frictions et le sublimé. Guérison obtenue par les bains de vapeur et les fumigations de poudre de* Lalouette. (Obs. extraite d'un mémoire sur l'iritis, de M. le docteur *Carron du Villards*, couronné par la Société médico-pratique.)

M. L***, officier supérieur des douanes, contracta une affection syphilitique qu'il traita imparfaitement. Quatre ou cinq ans après, il fut atteint de dartres pustuleuses crustacées (syphilides pustuleuses) aux jambes. L'aspect de cette maladie portait tous les caractères d'une affection vénérienne secondaire. On lui opposa un traitement par le sublimé à l'intérieur ; à l'extérieur, on lotionnait la dartre avec une solution de même nature opiacée. En moins d'un mois l'affection de la peau avait disparu entièrement. A peine fut-il guéri, que M. L***, chasseur déterminé, reprit ses habitudes, et fréquenta les marais. Six mois environ après, il fut atteint d'une iritis, qui parut être idiopathique dans l'état aigu, mais qui, à mesure que les symptômes inflammatoires fléchissaient, prit une forme syphilitique très-prononcée. L'iris, d'un beau bleu vif à l'état normal, était devenu, dans sa grande circonférence, bleu terne, et au centre l'on apercevait une auréole jaune-moutarde, composée de petites granulations ou efflorescences comme cotonneuses. La pupille était irrégulière, frangée directement et en bas. Le malade y voyait assez bien; mais dans la nuit il était réveillé par des éclairs lancinans partant de l'œil, et suivis de douleurs qui se transmettaient aux tempes. Après avoir calmé les symptômes inflammatoires par des moyens convenables, je crus devoir recourir aux mercuriaux. J'administrai intérieurement le sublimé corrosif, selon la formule de *Van-Swiéten*. Pour rendre cette médication plus active, je fis faire sur le front des frictions avec l'onguent mercuriel ammoniacal. Le malade prenait des boissons sudorifiques et des bains généraux. Six semaines de traitement avaient peu modifié la maladie. M. L*** s'impatientait; j'eus alors recours

aux bains de vapeur d'eau simple, puis aux fumigations de poudre de *Lalouette*, administrées dans un appareil *Rapou*, à la dose de deux gros par fumigation; de temps en temps l'on ajoutait à la poudre de *Lalouette* quelques grains de sublimé et d'opium brut. Sous l'action de vingt-deux bains de fumigations sèches, la maladie obtint une guérison entière; mais les pupilles restèrent déformées.

IIe OBS., *communiquée par* M. Carron du Villards. — *Affection syphilitique très-ancienne, en état de fréquente récidive, imparfaitement traitée; iritis syphilitique guérie par les eaux de* Pollini de Milan.

D. J***, âgé de vingt-sept ans, négociant-commissionnaire en soieries, contracta, à l'âge de dix-huit ans, une affection vénérienne complexe, qu'il ne pouvait pas traiter avec soin, parce qu'il avait affaire à des patrons aussi durs que ridicules.

Ainsi, tantôt il prenait des pilules, tantôt il faisait des frictions; à peine était-il un peu mieux qu'il suspendait tout traitement, et souvent contractait de nouvelles véroles. Sept à huit ans se passèrent ainsi en chutes et en rechutes, et en traitemens palliatifs, lorsque, dans les premiers jours de 1825, il fut tout à coup perclus de ses membres inférieurs, à la suite d'un refroidissement subit. Cet état se compliqua bientôt d'exostoses aiguës sur la crête du tibia. Ayant employé divers moyens contre ce rhumatisme, et sans succès, il eut alors recours aux bains et douches de vapeur, pris à Lyon dans l'établissement de M. *Rapou*. Ce traitement fit promptement disparaître les douleurs rhumatismales, mais il eût fallu le continuer, ce que ne fit pas le malade. Bien loin de là, il partit pour l'Italie, et contracta une ophthalmie en passant par le Simplomb. Pendant plusieurs semaines elle parut bénigne; puis, prenant tout à coup un degré d'intensité fort remarquable, elle se montra sous l'aspect d'une iritis syphilitique bénigne, sans ulcération des bords libres de la pupille, mais ayant des caractères bien tranchés. Le malade, ne pouvant suspendre son voyage, se mit à l'usage des eaux de *Pollini*, pharmacien de

Milan, et qui jouissait en Italie d'une réputation très-méritée pour combattre les affections syphilitiques rebelles. Pendant son voyage il s'arrêta aux bains de Saint-Philippe, en Toscane, et prit avec sueurs quelques fumigations au vaporium. Sous l'influence de ce traitement il recouvra complètement la santé, sans altération de l'organe de la vue.

IIIe OBS., *communiquée par* M. Carron du Villards. — *Iritis survenue à la suite d'une affection vénérienne très-ancienne; ramollissement des vertèbres cervicales. Cécité presque complète; traitement par les préparations d'or. Guérison complète.*

M. M*** de M***, âgé de quarante ans, ayant plusieurs fois contracté des affections syphilitiques mal traitées, fut atteint, en 1819, après un voyage en Angleterre, d'une douleur rhumatismale très-violente, ayant son siége dans les genoux. Tout le monde lui répétait que c'était la goutte; il le crut, et tenta même le fameux remède de *Pradier*, mais sans succès. Quelques mois après, la douleur disparut spontanément; il y eut aussi plusieurs mois de bien-être. Puis tout à coup une ophthalmie se déclare, accompagnée de photophobie, de photopsie, de douleurs ostéocopes; l'iris s'enflamme, la vue se perd tout à fait. En même temps il survient, dans les quatrième et cinquième vertèbres cervicales, une douleur très-vive, accompagnée de gonflement, enfin de ramollissement; la tête s'incline sur la poitrine, et le menton touche presque le sternum. Je rencontrai le malade aux eaux d'Aix en Savoie, où les médecins l'avaient envoyé; mais personne n'avait songé à examiner les yeux avec soin, et je ne tardai pas à reconnaître une iritis syphilitique chronique, avec pseudo-membrane et ulcération des deux pupilles.

Je conseillai un traitement mercuriel très-actif, mais le malade avait pris tant de mercure qu'il l'avait en horreur. Je l'engageai alors à se mettre à l'usage des préparations d'or. Il le fit avec la pommade du docteur *Chrestien*, et en moins de six mois sa vue se rétablit suffi-

samment pour pouvoir se conduire ; mais la colonne vertébrale ne reprit jamais sa rectitude naturelle.

IVe OBS., *communiquée par le même. — Iritis aiguë compliquée d'exostose et de carie de l'orbite, de tumeurs gommeuses dans le cuir chevelu, guérie par l'usage interne du cyanure de mercure et les fumigations de cinabre.*

Au commencement de 1834, M. D....., caissier du Figaro, m'adressa un porteur de ce journal atteint d'une affection syphilitique très-compliquée, car il existait en même temps une exostose de l'orbite avec abcès et carie, des tumeurs gommeuses sur le front et le cuir chevelu, une chute de la paupière et une iritis syphilitique. L'état de cet homme était grave, et j'en augurai peu favorablement. Mais comme dans les affections spécifiques il faut toujours tenter et espérer, je le soumis à l'usage de la solution cyanurée du docteur *Parent*, à doses assez élevées. Deux fois par semaine il prenait à Saint-Louis un bain de vapeur humide, et deux fois à la Charité des bains de vapeur sèche, avec fumigation d'un gros de cinabre par bain. Comme il existait des douleurs assez vives dans l'abcès orbitaire, je fis onctionner la partie avec l'onguent napolitain belladoné. Ce traitement dura six mois, et fut suivi avec une ponctualité admirable. La suppuration tarit, l'iritis disparut, et il ne resta de cette affection qu'une légère cicatrice sur la paupière.

V^e^ OBS., *puisée à la clinique de M.* Sichel. — *Iritis syphilitique de l'œil droit, avec ulcérations à la gorge et pustules cuivreuses sur tout le corps ; congestion rétinienne de l'œil gauche.*

M. G*** J***, cocher, âgé de quarante-un ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, cheveux bruns, peau brune, iris bleu, est affecté depuis deux ans d'une éruption cutanée qui s'est répandue sur tout le corps, et dont on voit encore les traces ; taches

très-grandes, d'un rouge cuivré, irrégulières au dos et aux extrémités, couvertes à quelques endroits (au coude) de croûtes très-épaisses, verdâtres; ses cheveux sont tombés en grande partie. M. *Canquoin* l'a soumis à un traitement dépuratif avec les préparations d'or. La gorge est également le siége d'ulcères syphilitiques (bien que le malade prétende n'avoir jamais eu d'affection vénérienne); ses yeux ont commencé à souffrir vers le mois d'août 1836. Il ne voit plus de l'œil droit depuis six semaines; il présente l'état suivant: La conjonctive et la sclérotique sont presque sans injection; on n'y voit que quelques ramifications légères d'un aspect variqueux, qui proviennent de la circonférence oculaire, et se prolongent vers la cornée. Le centre de la cornée est légèrement trouble: à son côté externe la cornée est entourée du petit cercle bleuâtre que M. *Sichel* nomme cercle arthritique. La couleur de l'iris (l'iris sain est d'un beau bleu) est d'un vert brillant. On ne distingue qu'imparfaitement les fibres de l'iris à sa circonférence. Le reste de cette membrane n'offre plus rien qui ressemble à sa texture naturelle; elle y est plus uniforme, tomenteuse. Le petit cercle de l'iris a disparu. La surface de la membrane malade est comme marbrée de petites taches jaunes et roussâtres. On voit ramper sur elle des vaisseaux d'un rouge pourpre, très-déliés, qui, provenant du bord ciliaire, s'étendent en ligne droite au bord pupillaire, comme des rayons qui tendent à se réunir dans un centre. Arrivés au bord pupillaire, ils y forment un cercle vasculaire d'un rouge foncé, qui limite ce bord surtout à sa partie externe. La pupille, dont les contours ne sont pas bien dessinés, a presque une forme pentagone; elle est un peu oblongue; un de ses angles est tiré en haut et un peu en dehors; elle est remplie de matière plastique uniforme, grisâtre, ressemblant à une fumée épaisse, plus foncée près du bord pupillaire qu'au centre, de sorte qu'elle forme comme une membrane percée d'une ouverture. La cécité de cet œil est complète, le malade ne distingue même plus la lumière. Dans le principe de l'affection, il avait la sensation d'un poids qui pesait sur son œil. Il voyait des flammes; il saignait souvent au nez. Tous ces symptômes disparurent lorsqu'on

lui eut pratiqué des saignées et appliqué des sangsues. L'œil gauche ne présente à l'aspect rien qui soit anormal, sinon qu'il porte les caractères de la constitution nerveuse oculaire; l'iris est d'un beau bleu; exhalation très-active à la surface conjonctivale, pupille assez contractée. Depuis que l'œil droit est affecté, la vue de l'œil gauche s'est également affaiblie. Il voit devant cet œil comme un papillon blanc bleuâtre qui voltige devant lui, comme un brouillard. Il voit mieux le soir que le jour; il ne voit pas d'aussi loin qu'autrefois. Étant cocher, il ne peut plus distinguer exactement les distances.

A l'âge de vingt-un ans, le malade a eu une éruption au menton (probablement une sorte de mentagre); la santé, du reste, a été assez bonne.

Depuis près de six semaines qu'il vient à la clinique de M. *Sichel*, une saignée de trois palettes a été pratiquée; des sangsues ont été appliquées au-devant de chaque oreille; des frictions de belladone et d'onguent mercuriel ont été ordonnées sur les tempes et le front; des frictions de pommade de tartre stibié ont été pratiquées à la nuque et entre les épaules. L'usage interne des pilules de deuto-chlorure a été prescrit, ainsi que des tisanes sudorifiques; et depuis plus d'un mois que le malade suit ce traitement, la photopsie a presque entièrement disparu, et il y a lieu d'espérer que l'œil gauche recouvrera son intégrité parfaite. Quant à l'œil droit, presque nul espoir de le rétablir; c'est un de ces cas où le médecin doit cependant tout tenter pour n'avoir rien à se reprocher. Peut-être plus tard pourra-t-on lui pratiquer une pupille artificielle quand tous les accidens seront dissipés.

VIe OBS., *communiquée par le docteur Caffe, chef de la Clinique ophthalmologique des hôpitaux de Paris. — Iritis syphilitique de l'œil gauche, consécutive à des ulcères aux parties génitales, à deux bubons inguinaux et à des ulcères à la gorge.*

Madame P***, âgée de vingt-six ans, couturière, de santé habituel-

lement bonne, réglée à dix-huit ans, n'ayant jamais eu d'enfans, fut affectée du choléra en 1832, et traitée à l'hôpital Saint-Louis, service de M. *Manry*. En 1834, au mois d'octobre, cette femme contracta une maladie syphilitique, caractérisée par des ulcères à la vulve et par un double bubon inguinal. Pendant deux mois et demi, elle subit des traitemens incomplets, prescrits par des pharmaciens. Elle se rendit alors à l'hôpital des Vénériens, n'ayant plus que des ulcères nombreux envahissant le voile et les piliers du palais; les chancres vulvaires avaient disparu, et les bubons inguinaux étaient en voie de résolution sans s'être abcédés; elle se plaignait en outre de douleurs erratiques sur le thorax. Son séjour dans cet hôpital fut de trois mois et demi; les douleurs persistèrent avec beaucoup d'intensité. Le traitement consista dans l'application de sangsues autour du cou, répétées de deux jours en deux jours; dans l'administration de pilules narcotiques et dans la cautérisation des ulcères dans la gorge. Pendant les six mois qui suivirent sa sortie de l'hôpital, sa santé parut rétablie; mais bientôt reparurent les ulcères à la gorge. Elle fut donc obligée de rentrer à l'hôpital des Vénériens, où elle resta de nouveau pendant un mois; elle y fut soumise au traitement émollient, orge miellée, gargarisme simple. Après trois semaines, les chancres étaient cicatrisés. Un mois après cette dernière sortie, le 20 octobre 1835, cette malade ressentit des douleurs très-aiguës dans l'œil droit et dans la région fronto-orbitaire. Deux jours après, l'œil gauche fut également le siége de vives douleurs. Le 10 novembre, elle se présenta à la consultation ophthalmique de l'Hôtel-Dieu, où l'on constate l'état suivant : absence de toute ulcération de nature vénérienne au fond de la gorge et à l'orifice des autres muqueuses; les cicatrices anciennes se trouvent parfaitement formées; toutes les fonctions viscérales se font avec régularité; les deux iris sont d'une couleur brun foncé; régularité parfaite de l'iris droit; l'iris gauche, secondairement affecté, exprime seul les caractères de la maladie; son ouverture pupillaire est frangée, ce qui apparaît avec plus d'évidence lorsqu'on fait alternativement contracter et dilater la pupille par le

passage alternatif de la lumière à l'obscurité. C'est alors que la déformation de la pupille affecte une forme trifoliée, et que les franges observées ressemblent à un dépôt de rouille de fer situé sur le limbe même de la pupille ; les douleurs frontales sont très-vives. On prescrit à prendre tous les jours deux pilules, composées de deux grains de proto-chlorure de mercure et d'un demi-grain d'opium. Ces pilules sont portées jusqu'au nombre de trente-cinq; c'est alors qu'elle fut prise de stomatite. On supprime l'usage des pilules, qu'on remplace par des pastilles soufrées, un verre d'eau de Sedlitz tous les matins, et des gargarismes alumineux. Sous l'influence du traitement par les pilules de calomélas et d'opium, les douleurs avaient diminué; la vue, presque abolie d'abord, s'exerçait un peu mieux; la déformation de l'iris persistait au même degré. Pendant deux mois, cette malade suivit les prescriptions que nous avons indiquées; elle en avait obtenu une amélioration assez notable; ses douleurs s'étaient presque calmées, et l'on se décida seulement alors à employer le traitement antisyphilitique suivant : tous les jours deux pilules, composées chacune de

Deuto-chlorure $\frac{1}{8}$ de grain.
Extrait de gaïac 3 grains.
Extrait gommeux d'opium $\frac{1}{4}$ gr.

Chaque jour trois verres de la tisane de salsepareille additionnée d'une cuillerée de sirop sudorifique. Après dix-huit jours de ce traitement, les douleurs avaient disparu, la déformation de la pupille se montrait de moins en moins, et la vue recouvrait son intégrité. Le traitement fut continué pendant dix-huit jours encore, et la guérison fut radicale de tous points.

On retrouve dans cette observation l'inefficacité d'un traitement irrégulier contre les symptômes primitifs et secondaires d'affection syphilitique ; l'impuissance d'un traitement antiphlogistique pour combattre un symptôme secondaire de syphilis ; la presque nullité

du proto-chlorure de mercure uni à l'opium, dans un cas d'iritis spéciale, qui n'a dû être guérie que par un traitement antisyphilitique méthodiquement formulé.

VIIe OBS., *recueillie à l'hôpital du Gros-Caillou. — Iritis syphylitique des deux yeux, consécutive à des ulcères vénériens; taches cuivreuses sur tout le corps.*

Le nommé R..., soldat au 43e régiment d'infanterie de ligne, est entré le 7 août 1836 à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, salle 14, n° 7, service de M. *Denis,* atteint d'ophthalmie interne aux deux yeux. Ce militaire, âgé de vingt-trois ans, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, a eu il y a deux ans des ulcères à la verge, qu'il a traités par des boissons émollientes. Les chancres disparurent, et une année après il se montra sur tout le corps des taches cuivreuses auxquelles il ne prit pas garde. Des douleurs se faisaient de temps en temps ressentir dans tous les membres, principalement pendant la nuit. Une marche prolongée, des fatigues continuelles, exaspérèrent son état : ses yeux s'affectèrent, et il fut enfin obligé d'entrer à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, présentant les symptômes suivans.

L'œil droit est à peine ouvert; photophobie excessive. La conjonctive offre une injection particulière de vaisseaux flexueux, surtout à l'angle externe de l'œil droit, où ils sont réunis en faisceaux. Une injection plus profondément située semble annoncer qu'il y a sclérotite, mais la circonstance la plus remarquable, c'est un iris présentant une pupille excessivement dilatée et à bords frangés, offrant la forme d'nn ovale oblique de bas en haut, et de dedans et en dehors, dont l'extrémité supérieure anguleuse est dirigée en dehors. L'iris semble formé de deux cercles, dont l'un interne, d'un jaune paille, est recouvert d'une espèce de pigmentum de même couleur, qui semble flotter dans la chambre antérieure. Le cercle externe, dont la couleur tranche avec le précédent, est d'un gris ardoisé, offrant des petites taches irrégulièrement disséminées. L'œil gauche peut à peine aussi supporter la lumière ; il

offre la même disposition des vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique que l'œil droit; la paupière est plus tuméfiée. L'iris est de même couleur; mais une particularité remarquable, c'est que la pupille, très-contractée, semble avoir conservé sa forme arrondie, et n'offre une irrégularité dans ses bords que par la dilatation qu'on produit par le passage alternatif de la lumière à l'obscurité, *et vice versâ*. Un des angles est tourné vers son côté interne.

La vue est presque entièrement abolie des deux côtés; les larmes qui coulent avec abondance ont excorié les bords des deux paupières inférieures; des douleurs ostéocopes se propagent dans le front, sur le sommet de la tête; elles sont plus fortes dans la nuit et ont leur summum d'intensité vers les deux heures du matin. Le malade ne peut dormir un seul instant. Les pustules cuivreuses dont nous avons parlé ne laissent aucun doute sur leur nature syphilitique; elles couvrent le front, le sommet de la tête; les cils et les cheveux sont tombés en partie.

Dans les premiers jours de son entrée, M. le docteur *Denis*, pour dissiper les symptômes inflammatoires, le soumit à un traitement antiphlogistique énergique. Deux saignées copieuses de quatre palettes chacune lui furent pratiquées au bras; des sangsues furent appliquées, au nombre de vingt chaque fois, aux tempes, aux apophyses mastoïdes, et cela pendant cinq jours. La liberté du ventre fut entretenue au moyen de lavemens émolliens; des pilules d'un grain d'extrait aqueux d'opium lui furent prescrites le soir. (Diète d'alimens; boisson, orge miellée.)

A l'aide de ce traitement, les douleurs avaient diminué, la photophobie était moindre. M. le docteur *Denis* songea alors à le soumettre à un traitement antisyphilitique; des pilules de proto-iodure de mercure furent données, les six premiers jours, à la dose d'un demi-grain par jour, et pendant tout le reste du traitement à un grain par jour. On associa à ce médicament les boissons sudorifiques avec la salsepareille et le sirop sudorifique de M. *Devergie*, à la dose de quatre onces par jour. Quarante-cinq pilules furent administrées. Tous les

six jours on interrompait le traitement, et le malade se purgeait avec une once et demie d'huile de ricin. Une diète sévère fut prescrite les premiers jours; et, pendant tout son traitement, on ne permit que des bouillons d'herbes, des riz au lait, etc.; pas de viande.

A l'aide de tous ces moyens, tous les accidens se dissipèrent, et deux mois et demi après, l'iris avait repris sa mobilité, la vue était rétablie, les douleurs avaient cessé, les pustules avaient disparu; la pupille droite n'avait pas encore sa forme circulaire; mais le militaire fut renvoyé à son corps.

Pendant son séjour à l'hôpital, ce malade fut présenté par nous, avec l'agrément de M. *Denis*, à la clinique de M. *Sichel*. Ce praticien distingué trouva le cas fort remarquable, et approuva en tous points la prescription de M. *Denis*.

Nous trouvons dans ce cas d'iritis syphilitique des deux yeux, d'un côté, dilatation de la pupille avec photophobie; de l'autre, contraction. Nous y voyons aussi le peu de confiance qu'on doit accorder aux déformations de la pupille pour caractériser les différentes espèces d'iritis, et l'efficacité d'un traitement antisyphilitique pour obtenir la guérison d'une iritis due à cette cause spécifique.

PROPOSITIONS.

I.

La mobilité ou l'immobilité de la pupille n'est pas un signe concluant dans l'amaurose.

II.

Une dilatation excessive de la pupille avec immobilité n'est pas toujours un signe d'amaurose.

III.

Dans la plupart des conjonctivites aiguës et des sclérotites, les cataplasmes émolliens sont nuisibles.

IV.

L'ammoniaque, pris à l'intérieur, est un remède qu'on peut employer avec succès dans l'épilepsie. (M. le docteur *Delanglard.*)

V.

Sur le champ de bataille, les fractures comminutives du fémur réclament presque toujours l'amputation immédiate.

VI.

Le traitement antiphlogistique échoue le plus souvent dans les affections secondaires de la syphilis ; il faut avoir recours alors aux préparations mercurielles ou aurifères convenablement administrées. Parmi les préparations, les plus usitées sont, le deuto-chlorure, le proto-iodure, le deuto-iodure de mercure et l'hydrochlorate d'or.

FIN.

DISSERTATION

N° 251.

SUR LE

FONGUS MÉDULLAIRE DE L'OEIL;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 24 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR F.-FRÉDÉRIC BAUER, de Mülhouse,

Département du Haut-Rhin.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia *existimare oportet.*

(HIPP., aph. 6, sect. VIII.)

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

	Messieurs.
M. DUBOIS, Doyen.	
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Président.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Suppléant.*

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque, *Suppléant.*	Dubled.
Bayle, *Examinateur.*	Dubois.
Béclard.	Geedy.
Blandin, *Examinateur.*	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cotteread.	Sandras.
Dance.	Thousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A

MONSIEUR LE DOCTEUR CHELIUS,

Professeur de chirurgie et d'ophthalmologie à l'Université de Heidelberg ; Conseiller aulique intime du Grand-Duc de Bade ; Chevalier de l'ordre de Lion de Zœhringen, etc.

MONSIEUR ET HONORÉ MAÎTRE,

C'est toujours avec plaisir et reconnaissance que je me rappelle vos savantes leçons et la bienveillance que vous m'avez témoignée pendant mon long séjour à Heidelberg. Veuillez agréer l'hommage de ce petit ouvrage comme un faible témoignage de ma gratitude. Je serai toujours heureux et de l'intérêt dont vos illustres collègues, MM. Puchelt, Arnold, Naegele et L. Gmelin, m'ont honoré, ne m'efforcerai jamais de la mériter de celui que vous avez initié à la pratique de l'art

P. B. L. R.

DISSERTATION

SUR LE

FONGUS MÉDULLAIRE DE L'ŒIL (1).

Le fongus médullaire naît tantôt dans l'intérieur du globe de l'œil, c'est là le cas le plus fréquent; tantôt il se forme dans les tissus environnans. Ce n'est que lorsqu'il se développe dans l'œil même, qu'il suit une marche fixe et régulière, du moins pendant la première période de la maladie. Lorsqu'il prend naissance hors de l'œil, il se manifeste, en raison de la différence du lieu qu'il occupe dans l'orbite, par des phénomènes trop multiples et trop changeans pour qu'il soit possible de les dépeindre dans un seul tableau. Nous nous

(1) Nous adoptons de préférence cette dénomination, qui est due à M. *Maunoir*, et qui a été adoptée depuis dans presque toute l'Allemagne. On peut considérer comme synonymes de fongus médullaire les expressions de *dégénérescence cérébriforme* ou *encéphaloïde* (Laennec), de *dégénérescence carcinomateuse* (M. Dupuytren), de *sarcôme médullaire* ou *fongueux* (Abernethy), de *spongoïd inflammation* (Burns). La dénomination de *fongus hématode*, usitée en Angleterre depuis *Hey* et *Wardrop*, ne convient nullement, parce que sous ce nom on comprend ordinairement une autre affection siégeant dans le système sanguin capillaire, et désignée par M. *Dupuytren* sous le nom de *tumeur érectile*, et par M. *Græfe* sous celui de *téléangiectasie*.

contenterons donc, quant à cette dernière catégorie, de renvoyer à quelques cas que nous rapportons dans cette dissertation, afin de nous rattacher principalement à l'histoire du fongus-médullaire du globe de l'œil lui-même et du nerf optique.

Lorsque cette maladie commence à se manifester, on observe que le fond de l'œil devient trouble; en même temps la lumière devient pénible à supporter; souvent il y a du larmoiement, des ophthalmies. Ces phénomènes d'irritation n'accompagnent cependant pas nécessairement le commencement de la maladie. La vue diminue, la pupille se dilate, et parfois il survient du strabisme. L'opacité qu'on observe au fond de l'œil varie pour l'aspect et la couleur selon les différens degrés de la maladie : tantôt elle est d'un blanc brillant comme une lamelle concave d'argent, ou bien d'un blanc laiteux ou grisâtre. Ces nuances de couleurs paraissent surtout appartenir au premier degré de la maladie. D'autres fois elle est verdâtre, ce qui, d'après l'observation de *Wardrop* (1), simule un œil de mouton ou de chat. D'autres fois encore elle est plus foncée, d'une teinte jaunâtre, jaune-brunâtre, gris-jaunâtre, plus ou moins semblable à celle de l'ambre. Il y a des cas où l'intérieur de l'œil présente des couleurs si mobiles, qu'on croit y apercevoir un globe brillant, un rouge flamme, etc.

Dans le principe, il n'est pas toujours facile de découvrir ces différentes nuances de coloration; ou bien il faut pour les voir qu'on examine l'œil le soir à la chandelle, ou bien il faut donner une certaine direction au globe oculaire. A une période plus avancée de la maladie, on se convainc bientôt, par un examen attentif, que cette opacité est produite par la présence d'une masse solide qui s'avance du fond de l'œil. Cette masse ressemble quelquefois à une exsudation de lymphe plastique; sa surface est inégale, et souvent pourvue

(1) Voyez *J. Wardrop*, Observations on fungus hæmatodes for soft cancer, etc., trad. de l'anglais en allemand, par C. G. Kühn, prof. à Leipzig, 1817, page 9.

de ramuscules vasculaires, qui proviennent probablement de l'artère centrale de la rétine. En s'accroissant d'une manière plus ou moins rapide, cette production nouvelle déplace peu à peu les parties situées derrière l'iris ; elle en impose facilement aux personnes peu expérimentées, et peut leur faire croire qu'elles ont affaire à une opacité partielle du corps vitré, ou (ce qui arrive le plus souvent) à une cataracte; mais, ce qui la distingue le mieux de cette dernière maladie, c'est, dans la majeure partie des cas, l'abolition complète de la vue, la forme inégale et bosselée du corps opaque situé derrière la pupille, et la présence de ramuscules vasculaires qui recouvrent fréquemment ce corps.

La pupille est le plus souvent dilatée depuis le commencement de la maladie, ou du moins peu après, et elle ne tarde pas à devenir tout à fait immobile. Quelquefois elle est irrégulière ou dentée.

La faculté visuelle est le plus souvent altérée dès le principe, mais quelquefois seulement lorsque la maladie avait déjà commencé. Ce sympôme est en général le premier a se manifester. Chez les enfans toutefois, on ne s'en aperçoit, le plus souvent, que lorsque la masse trouble au fond de l'œil excite l'attention des parens ou du médecin. Quelquefois la vision est déjà altérée avant même qu'on n'aperçoive quelque chose du côte de l'œil (1). Dans ces cas, le diagnostic ne peut être établi d'une manière certaine que lorsque l'opacité survient; jusqu'alors on ne peut considérer la maladie que comme une amaurose.

Il y a, d'un autre côté, quelques cas, très-rares à la vérité, où la faculté visuelle se conserve à un certain degré, quoique le mal ait déjà fait des progrès proportionnellement assez considérables. Ainsi *Wardrop* (2) rapporte l'observation d'une fille de huit ans chez laquelle l'œil gauche fut extirpé pour cause de fongus médullaire. La même maladie se développa ensuite aussi dans l'œil

(1) Voyez le mémoire de M. *Pockels*, Journ. de *Græfe* et *Walther*, 1824; et Froriep's Notizen, juillet 1824, p. 333.

(2) L. c., p. 64.

droit ; le fongus remplissait déjà presque tout l'espace qui se trouve derrière l'iris, et cependant la malade conserva en partie sa faculté visuelle jusqu'au moment de la mort. Il est évident que dans un cas semblable le fongus n'a pas pu avoir l'appareil nerveux pour siége primitif ni exercer sur lui une grande influence sympathique : le trouble de la vision provenait plutôt d'obstacles situés dans les parties de transmission de la lumière.

Pendant que le mal se développe dans l'intérieur de l'œil avec plus ou moins de rapidité, souvent pendant même qu'il reste stationnaire un temps plus ou moins long, les différentes parties qui entrent dans la composition de l'œil commencent à s'affecter, et subissent peu à peu toutes les altérations qui résultent d'une inflammation chronique. La conjonctive oculaire devient rouge, la lumière devient plus insupportable, le larmoiement plus fort et plus opiniâtre, la sécrétion des glandes de *Méibomius* augmente, l'œil perd son éclat. Plus tard, les accidens inflammatoires se manifestent avec plus d'intensité, la rougeur de l'œil devient plus vive, la sclérotique prend une teinte bleue rougeâtre, livide; la conjonctive se boursouffle, la cornée s'obscurcit; quelquefois cependant elle conserve long-temps sa transparence. L'iris perd, le plus souvent, sa couleur naturelle, et fréquement elle se rétrécit de manière à ne plus laisser qu'un anneau à peine visible. L'humeur aqueuse perd aussi sa limpidité ; elle paraît jaunâtre ou teinte de sang.

Cependant le fongus médullaire, faisant toujours des progrès, s'avance du fond de l'œil, et finit par traverser la pupille, remplir la chambre antérieure, et s'adosser contre la cornée. Avant le contact parfait du fongus avec la cornée, il s'amasse ordinairement un peu de pus dans la chambre antérieure. Par suite du travail inflammatoire, la cornée s'ulcère et finit par être perforée par la tumeur. C'est ordinairement pendant cette ulcération, et quelquefois encore plus tôt, que le globe de l'œil se gonfle, qu'il perd sa forme arrondie, qu'il devient inégal et bosselé, et qu'il sort hors de l'orbite, parce que cette cavité osseuse ne suffit plus pour le contenir. Cependant cette

espèce de procidence de l'œil peut aussi être déterminée par une tumeur située en arrière de cet organe : c'est ce qui eut lieu dans un cas rapporté par *Panizza.*

Le fongus médullaire, qui végète à travers la cornée, acquiert promptement un volume considérable ; sa consistance est molle, fongueuse ; sa couleur d'un bleu rougeâtre. Il présente une *fluctuation* manifeste. Sa surface est couverte de vaisseaux nombreux, dont les parois sont très-tendres, et qui donnent lieu à une hémorrhagie abondante par le moindre contact. En même temps la tumeur laisse suinter un ichor fétide, et se couvre en plusieurs endroits de petites croûtes dont la couleur varie beaucoup. Tout cela en rend l'aspect horrible et dégoûtant.

Les *accidens* qui accompagnent le fongus médullaire de l'œil varient beaucoup ; quelquefois la maladie commence par une ophthalmie violente, qu'à la vérité on parvient bientôt à calmer au moyen d'un traitement convenable, mais qui cependant ne disparaît jamais totalement. D'autres fois les accidens inflammatoires ne se manifestent que peu à peu, où bien ils prennent un caractère intermittent ou périodique. L'agrandissement du globe de l'œil et sa perforation par l'effet du fongus médullaire sont ordinairement accompagnés de symptômes inflammatoires très-violens. Quant aux douleurs, elles marchent habituellement de front avec les phénomènes inflammatoires, et sont à peu près en raison directe de ces derniers. Souvent elles sont très-aiguës dès le commencement de la maladie ; mais alors elles ne persistent pas long-temps. Ordinairement elles ne se manifestent que petit à petit, font des intermittences, et reviennent par accès périodiques ; elles sont aussi quelquefois continues ; elles siégent principalement dans le front et dans la nuque, et s'exaspèrent facilement la nuit. Elles ne commencent, en général, à devenir intenses et continues, que lorsque le globe de l'œil se gonfle.

Les *symptômes généraux* ne surviennent ordinairement que quand le mal gagne fortement en étendue. Il y en a qui prétendent avoir observé de légers frissons ou des secoûmens de tête dès le début de

la maladie. Mais à cette première période on n'observe guère, du reste, qu'un léger malaise qui vient de temps à autre, une mauvaise disposition de l'esprit, et des vertiges, lorsque la maladie prend son point de départ du cerveau. Ce n'est que lorsque l'œil s'est gonflé et que les douleurs sont devenues plus intenses, qu'on remarque aussi des symptômes généraux plus graves. Le sommeil devient agité, il est souvent interrompu par des réveils en sursaut; les douleurs opiniâtres produisent une insomnie continuelle, et qui ne cède à aucun moyen. Cet état jette souvent le malade dans le désespoir. L'appétit diminue, la maigreur et la fièvre surviennent (cependant les symptômes fébriles ne paraissent quelquefois que fort tard); les sueurs à la tête sont un phénomène très-fréquent; les forces s'épuisent; enfin se déclare une fièvre hectique.

Cependant la tumeur augmente toujours, et acquiert quelquefois un volume énorme; il y a des cas où elle égale une tête d'enfant. Parvenue à ce *maximum* de développement, elle commence à se gangréner dans sa périphérie; les parties les plus proéminentes se détachent avec une surabondance de sanie fétide. Il est impossible d'énumérer ici toutes les circonstances qui peuvent déterminer la mort; elles varient selon que le mal s'est propagé du côté du cerveau ou qu'il a affecté un autre organe. Le plus souvent cependant le malade expire dans un état d'épuisement, de colliquation et de consomption hectique. En outre, il se manifeste, durant cette période, des vertiges très-forts, des vomissemens, un état soporeux interrompu par des réveils en sursaut, de l'insensibilité, des contractions, des convulsions, et la paralysie de différentes parties. Les *ganglions lymphatiques* des parties environnantes, et les glandes salivaires s'affectent durant le cours de la maladie, s'enflamment, se gonflent, et acquièrent quelquefois un très-grand développement. *Astley Cooper* (1) cite un cas de ce genre, où la glande affectée était devenue grosse comme une tête d'enfant.

---

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., page 38; et pl. I, fig. 1.

Nous venons de tracer la marche que le fongus médullaire de l'œil suit ordinairement ; mais cette maladie offre quelquefois des déviations que nous croyons nécessaire de signaler :

Nous observerons seulement en passant que, dans la première période de la maladie, lorsque le fongus médullaire n'a pas encore traversé la pupille, celle-ci peut de nouveau se rétrécir et rendre ainsi le diagnostic plus difficile (1). Les parties contenues dans le bulbe de l'œil sont déplacées, comprimées, et enfin résorbées. Il est remarquable combien de temps ces parties, et surtout le système du cristallin, restent transparens, malgré la pression exercée par le fongus et malgré l'état inflammatoire. Quelquefois, cependant, le cristallin s'obscurcit de bonne heure. Le fongus ne perce pas toujours la cornée ; il se fait, dans certains cas, un passage à travers la sclérotique (2), et pousse alors devant lui la conjonctive, qui lui forme une espèce d'enveloppe : cette circonstance doit être accompagnée de vives douleurs. M. *Maunoir* prétend, sans qu'on sache sur quelles observations il se fonde, que cette enveloppe donne quelquefois lieu à une cicatrisation partielle ou à un desséchement de la surface du fongus médullaire, ainsi qu'on l'a observé, dit-il. Ce médecin s'est sans doute trompé, et il est probable qu'il s'en est laissé imposer par des fongosités de la conjonctive.

Le globe de l'œil ne se trouve pas toujours percé, et nous renvoyons, quant à cette circonstance, à un cas très-intéressant observé par M. *Chelius* et par nous-même, cas que nous rapporterons dans le courant de cette dissertation (3). Là, la mort n'a été évidemment déterminée que par l'extension du mal du côté du cerveau.

Un phénomène très-remarquable et nullement rare, c'est une rétrogradation évidente du fongus au milieu du cours de la maladie ;

---

(1) Voyez *J. H. Wishart*, Archiv für medicinische Erfahrung von *Horn*, *Nasse*, *Henke u. Wagner* ; Berlin, 1823, p. 469.

(2) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 75.

(3) Voyez l'obs. II.

l'œil gonflé diminue subitement et se réduit quelquefois à un volume plus petit que le volume ordinaire. Plus tard, il s'accroît de nouveau, au milieu d'accidens inflammatoires, qui sont ordinairement très-prononcés Cette circonstance se répète quelquefois; d'autres fois l'œil ne reprend plus son volume antérieur, mais dans ce cas la maladie gagne du côté du cerveau (1).

L'opacité du fond de l'œil doit être considérée comme le signe pathognomonique le plus sûr dans la première période de la maladie. Telle n'est cependant pas l'opinion de M. de *Walther*, qui prétend n'avoir jamais observé ce symptôme (2).

Voici quelle est, d'après les propres observations de ce chirurgien, le mode de production du fongus médullaire du globe de l'œil.

« Dans la majeure partie des cas, la dégénérescence fongueuse avait commencé dans la conjonctive; il s'était d'abord formé de petits boursoufflemens, qui s'étaient peu à peu convertis en véritables excroissances. Quelquefois, mais rarement, le fongus avait eu pour point de départ un petit tubercule que le malade avait porté pendant longtemps sans inconvénient, mais qui avait fini par s'ulcérer et par produire une surface ulcéreuse couverte d'excroissances spongieuses. J'ai vu des fongus très-développés qui ne tenaient qu'à la conjonctive oculaire, sans intéresser le moins du monde les parties sous-jacentes; et cependant ces fongus recouvraient tout le devant de l'œil et saignaient abondamment par la moindre cause. J'ai vu en outre des fongus partir de la conjonctive et amener la destruction des parties comprises dans l'hémisphère antérieure du globe de l'œil, savoir de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire, sans que la moitié postérieure

---

(1) Voyez l'observ. II, et le cas rapporté par *Panizza :* Annotazioni anatomico-chirurgiche sul fungo midollare dell' occhio, etc. Pavia, 1821; traduit en allemand, in Froriep's Notizen, 1823, p. 184.

(2) Voyez le journ. de MM. *Grafe* et *Walther*, tom. 5, p. 276 : Ueber Verhærtung, Skirrhus, harten und weichen Krebs, Blutschwamm, Teleangiectasie und Aneurisma per Anastomosin.

de l'œil eût subi la moindre altération. Enfin j'ai observé un cas où la dégénérescence fongueuse avait commencé au bord libre de la paupière supérieure. Après s'être bornée pendant plusieurs années à cet endroit, elle s'étendit à la face interne de la même paupière et gagna le globe de l'œil. Celui-ci était complètement désorganisé, et, après en avoir fait l'extirpation, j'ai encore trouvé dans la cavité orbitaire plusieurs points dégénérés, que j'ai successivement enlevés. »

Nous ferons voir dans cette dissertation que le fongus médullaire de l'œil peut aussi avoir pour siége primitif la conjonctive oculaire, et nous nous appuierons tant sur nos propres observations que sur celles d'autrui; mais il est faux de prétendre que la maladie part toujours de ce point; le tableau que M. de *Walther* en a tracé est beaucoup trop incomplet pour qu'on puisse lui accorder quelque autorité, et il est même douteux que ce chirurgien ait observé le véritable fongus médullaire tel que nous le décrivons. Nous sommes disposés à croire que M. de *Walther* n'a observé que le fongus siégeant au-dehors du globe de l'œil, ou bien (mais cela principalement), de simples fongosités de la conjonctive, qui étaient survenues à la suite d'inflammations chroniques mal soignées. Pour ne pas donner lieu à de tels soupçons, il aurait dû communiquer quelques observations détaillées propres à appuyer son assertion. Nous sommes étonnés que M. de *Walther* ne l'ait point fait, d'autant plus que les autres points de pathologie, dont il est question dans son travail, sont accompagnés d'observations nombreuses et détaillées.

Les *résultats de l'anatomie pathologique* varient selon les différens dégrés de développement de la maladie, selon la constitution, l'âge, etc., et se rapportent en partie à la conformation du fongus lui-même, en partie aux changemens et aux altérations qu'il a produits soit dans le globe de l'œil, soit dans les parties environnantes, soit dans le cerveau et les méninges, soit enfin dans les autres organes du corps. Nous allons successivement examiner la maladie dans toutes ces circonstances.

La *tumeur*, qu'on la considère dans ses différentes parties ou dans ses différentes périodes, est tantôt molle et offre la plus grande simi-

litude avec la substace cérébrale ; tantôt sa structure est uniforme, principalement dans les premiers temps ; d'autres fois, et surtout dans la dernière période, il entre dans sa structure différens élémens. Lorsqu'elle ressemble à la substance du cerveau, elle est ordinairement un peu plus molle que cette dernière, moins ténace, pulpeuse, caséeuse, semblable à de la lymphe coagulée, à de la gélatine, à de la bouillie, à des polypes muqueux ; quelquefois elle est d'une consistance plus solide, fibreuse, stéatomateuse, cartilagineuse, lardacée, tuberculeuse, granuleuse, même glanduleuse. Le produit morbide est plus ou moins riche en vaisseaux sanguins ; on y rencontre très-souvent des concrétions osseuses, et de petits graviers formés principalement de phosphate de chaux. La couleur du fongus ne varie pas moins que la consistance ; elle peut avoir toutes les nuances, depuis le blanc parfait jusqu'au noir le plus foncé. Toutes les fois que la tumeur est cérébriforme, elle présente aussi la couleur du cerveau. Souvent elle est rougeâtre, couleur de chair, marbrée de rouge et de blanc ; quelquefois elle ressemble à du sang caillé ; d'autres fois la couleur est jaunâtre, grisâtre, brune, brune foncée, noir foncé et luisant. Dans un cas, l'œil altéré et la tumeur contenaient une matière foncée, de la consistance d'une couleur à l'huile, et qui avait la plus grande analogie avec le pigment noir (1). Le plus souvent la tumeur est contenue dans une enveloppe, dont il se détache des cloisons secondaires pour pénétrer dans l'intérieur du nouveau produit. Cette enveloppe peut acquérir une grande épaisseur ; ainsi on en a vu qui étaient épaisses d'un huitième de pouce (2).

Dans les premières périodes de la maladie, le *globe de l'œil* conserve assez bien son état normal, et on n'observe qu'une lésion plus ou moins marquée du corps vitré ou de la rétine. Plus tard, il se gonfle et dépasse fréquemment le double de son volume habituel, en devenant inégal et bosselé. Encore plus tard, lorsque le fongus a perforé

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 75.
(2) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 54.

la coque oculaire, ou lorsqu'il a pris naissance en dehors de celle-ci et qu'il a acquis une dimension considérable, l'œil se trouve déplacé dans les sens les plus variés, sa forme s'altère de la manière la plus étrange, et la pression forte et continue qu'il éprouve peut le faire atrophier et le réduire à un noyau à peine reconnaissable; souvent même on ne retrouve plus aucune trace de ses parties primitives (1). L'œil peut aussi se retirer vers le fond de l'orbite et diminuer de volume sans que le fongus médullaire, dont il est le siége, se développe et s'étende (2).

La *rétine* et le *corps vitré* sont de toutes les parties de l'œil celles qui subissent les premières et le plus rapidement l'influence désorganisatrice exercée par le fongus; cette influence s'étend de là vers la périphérie, en sorte que la sclérotique résiste ordinairement le plus long-temps au mal.

Le *nerf optique* se trouve aussi souvent affecté que la rétine; dans quelques cas rares, on l'a trouvé exempt d'altération. Au commencement de la maladie, ce n'est guère que la portion voisine de la rétine qui est malade; plus tard, la dégénérescence s'étend souvent jusqu'à l'entrecroisement des nerfs optiques, et même quelquefois au-delà. Dans certains cas ce nerf conserve sa forme naturelle, et ne subit de changemens que sous le rapport de sa structure et de sa dimension : tantôt il est plus gros, plus dur que d'habitude; tantôt plus mou, pour ainsi dire gélatineux, fongueux; il prend quelquefois une couleur brunâtre, grise cendrée, ou bien il est seulement un peu plus foncé qu'à l'ordinaire; souvent il est rougeâtre, de couleur de chair; très-fréquemment il perd sa rondeur. Dans d'autres cas, il ne change pas seulement sous le rapport de la structure, mais encore sous celui de la forme; ainsi il peut se diviser en deux ou plusieurs cordons, dont les interstices sont remplis par la production fongueuse, qui est en rapport de continuité avec celle qui envahit le globe de l'œil : les

---

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 44,

(2) Voyez l'observ. II.

faisceaux séparés des nerfs dégénèrent quant à leur structure et à leur couleur ; ils deviennent mous, pulpeux, et prennent une teinte jaune foncée (1). Quelquefois des portions intra-crâniennes du nerf optique disparaissent tellement au milieu de la dégénérescence fongueuse, qu'il n'est plus possible d'en retrouver la moindre trace ; d'autres fois, sans disparaître entièrement, le nerf est comme noyé dans la masse médullaire qui l'environne. Il y a des cas où la pulpe nerveuse disparaît presque complètement. Le déplacement du globe de l'œil ou l'exophthalmie, ainsi que l'augmentation de volume de cet organe, causent quelquefois un prolongement considérable, et un amincissement proportionné du nerf optique (2). On a vu ce nerf s'épanouir, en quelque sorte, dans la masse fongueuse contenue dans l'œil ou dans l'orbite. Tantôt on ne peut pas établir de distinction entre le *névrilème* et la pulpe nerveuse; tantôt, au contraire, on observe dans une de ces parties des altérations qu'on ne rencontre pas dans l'autre. Le névrilème qui, dans certains cas, est confondu avec la pulpe, l'est dans d'autres avec la tumeur ; quelquefois il est confondu avec l'une et l'autre, et le tout forme une masse homogène : jamais on ne l'a trouvé entièrement détruit ; quelquefois il est épaissi, plus dilaté qu'à l'ordinaire, ne contenant plus de pulpe nerveuse, mais de la matière fongueuse, molle et diffluente.

Les *différentes parties de l'orbite*, autres que l'œil, se fondent souvent en une masse unique, quoique hétérogène, dans laquelle on distingue souvent plus ou moins bien les différens tissus, tandis que d'autres fois il n'est plus possible d'y rien reconnaître. Quand la maladie est bien avancée, les autres nerfs de l'orbite peuvent être plus ou moins altérés ; ils peuvent même avoir disparu (3).

Quant aux *vaisseaux*, il faut remarquer qu'on n'en a quelquefois

---

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 15 et 16.

(2) Voyez *Adam Schmidt*, Ophthalmologische Bibliothek von C. Himly, etc., tom. 2, p. 68.

(3) Voyez *J. A. Schmidt*, l. c., p. 64.

pas trouvé de vestiges dans l'orbite (1). Les veines présentent fréquemment des renflemens variqueux, surtout à l'entour de la tumeur. On a également trouvé l'artère ophthalmique dilatée (2).

Les *paupières* sont souvent fortement étendues; tantôt partiellement épaissies, endurcies, ulcérées; tantôt privées de cils; les cartilages tarses tout-à-fait confondus avec la peau; les conduits lacrymaux ont disparu; d'autres fois les paupières sont tout-à-fait ramassées en un certain nombre de plis cutanés.

L'*orbite* cède quelquefois à la pression de la tumeur, et se dilate. Dans ce cas, les os s'affectent et s'altèrent dans différens points correspondans au fongus médullaire, et dans une étendue plus ou moins considérable. On a trouvé cette cavité osseuse détruite en partie, de manière à présenter des lacunes. Le périoste était épaissi çà et là, gonflé et facile à séparer des os qu'il revêtait.

Lorsque le fongus s'étend jusque dans les *fosses revêtues de muqueuses*, celles-ci subissent aussi des transformations; c'est ce qu'on a surtout remarqué dans les cellules de l'ethmoïde et du sphénoïde, ainsi que dans le sinus maxillaire.

Les *glandes lymphatiques* qui ont pris part à la maladie présentent ordinairement la transformation médullaire dans son état le plus pur.

On trouve presque toujours le *cerveau* altéré dans une plus ou moins grande étendue, surtout lorsque la maladie est parvenue à un degré avancé. Cette altération est souvent si considérable, qu'on est étonné que le malade ait pu vivre un moment avec de semblables désordres. On a vu un cas où le mal s'étendait en arrière jusqu'à la moelle allongée. Il n'est pas moins remarquable, d'un autre côté, que, dans des cas rares, le cerveau ne reçoive aucune atteinte lorsque le fongus a acquis un développement excessif du côté de l'œil (3). Lorsque le cer-

---

(1) Voyez *Schmidt*, l. c., p. 64.

(2) Voyez l'observ. III.

(3) Voyez *J. A. Schmidt*, l. c., p. 65.

veau s'affecte d'une manière consécutive, cela n'a lieu que dans des points isolés, ou bien dans les points qui sont en relation plus ou moins directe avec l'œil et le fongus, au moyen du nerf optique et des fibres radicales de ce nerf. C'est ainsi qu'on a trouvé la commissure des nerfs optiques (1), les couches optiques (2), les corps striés (3), les corps géniculés (4), les tubercules quadrijumeaux, l'infundibulum (5), la glande pituitaire (6), ainsi que divers points des hémisphères, tuméfiés et transformés en matière fongueuse. On trouve le plus souvent les ventricules latéraux remplis d'une sérosité plus ou moins limpide, et quelquefois étendus à un très-haut degré. Dans un cas, nous avons trouvé les vaisseaux superficiels du cerveau gorgés de sang (7). *Wardrop* a trouvé des hydatides dans le plexus choroïde, qui était épaissi, tuméfié et transformé en une substance blanche grisâtre, analogue à celle du cerveau (8).

Les *méninges*, et surtout la *dure-mère*, n'échappent pas toujours au travail désorganisateur. On trouve souvent des fonguosités isolées, qui prennent naissance dans cette membrane, et qui se déploient, soit entre elle et les parois osseuses, soit entre elle et les autres méninges. Quelquefois la dure-mère est épaissie et d'une structure cartilagineuse; les portions du crâne qui correspondent à ces endroits sont plus rudes et plus poreuses qu'à l'ordinaire (9), et conséquemment aussi affectées.

On a aussi trouvé du pus entre la dure-mère et les os du crâne (10).

---

(1) Voyez *Allan Burns*, Surgical anat. of the head and neck. Trad. en allemand par *Dolthoff*. Halle, 1824, p. 80.

(2) *Ibid.*, p. 81.

(3) Voyez *Panizza*, l. c., p. 185.

(4) Voyez l'observ. IV.

(5) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 53.

(6) *Ibid.*

(7) Voyez l'observ. II.

(8) L. c., p. 33.

(9) Voyez *Allan Burns*, l. c., p. 340.

(10) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 66. Cas de Ware.

Wardrop a une fois vu un grand nombre de flocons blancs entre l'arachnoïde et la pie-mère. Ces flocons étaient de la grosseur d'une forte tête d'épingle jusqu'à celle d'un gros pois, et ils étaient dispersés d'une manière fort irrégulière sur presque toute la surface du cerveau. En les ouvrant avec le scalpel, on vit qu'ils formaient de petites bourses ou des abcès, contenant un liquide blanc, visqueux, semblable à de la crême (1). Chez le même individu il y avait un amas de liquide séreux entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Dans *les autres organes*, surtout *dans ceux de la poitrine et de l'abdomen*, on trouve aussi des fongus médullaires consécutifs, et on en aurait sans doute rencontré beaucoup plus, s'il avait toujours été permis d'examiner le cadavre dans toutes ses parties. Les symptômes multiples et variés que présente la maladie dans sa dernière période, permettent d'émettre une pareille opinion et la rendent vraisemblablable. Ce sont principalement le foie, l'utérus et les reins, qui deviennent consécutivement le siége de ces faux produits.

Quant à la partie ou au tissu qui est le premier affecté dans le fongus de l'œil, on admet assez généralement, quoiqu'à tort, que c'est la rétine, et surtout la portion de cette membrane qui est la plus voisine du nerf optique : tel est l'opinion de M. *Weller* (2), de M. *Maunoir* (3), de *Scarpa* (4) et de beaucoup d'autres; c'est même pour cette raison que M. *Weller* a désigné la maladie sous le nom de *fongus medullaris retinæ;* mais cette opinion est inexacte et étroite. Nous allons interroger les faits et les classer de telle manière que nous puissions suivre l'origine du fongus médullaire dans les différens tissus de l'œil, en procédant du dedans au dehors.

---

(1) *Ibid.*, p. 33.

(2) Voyez *Krankheiten des menschlichen Auges;* troisième édition. Berlin, 1826, p. 398.

(3) Voyez Mémoire sur le fongus médullaire et hématode. Paris et Genève, 1820.

(4) Traité des principales maladies des yeux, trad. de l'italien, par *Fournier, Pescay* et *Bégin;* tom. 2. Paris, 1821, p. 364.

Dans un cas rapporté par *Hayes*, les deux yeux étaient affectés de la maladie; mais celui du côté droit n'avait été atteint que très-tard, en sorte que, lors de la mort de l'individu, le fongus n'était encore qu'à son premier degré. Voici ce que l'auteur rapporte relativement à cet œil : « Nous trouvâmes les membranes, y comprise la rétine, dans un état parfaitement sain; le cristallin était à sa place, il était solide et transparent; mais l'espace que devait occuper une portion du corps vitré était rempli par une substance blanchâtre, concrète, située vers la partie postérieure et externe de la coque oculaire : cette substance avait refoulé en avant et en-dedans le reste du corps vitré. Maintenant cette production morbide a-t-elle pris naissance à la face externe du corps vitré, et a-t-elle comprimé ce dernier? ou bien est-elle née dans l'intérieur même du corps vitré et en a-t-elle détruit une certaine portion? C'est ce qu'il est difficile de décider. Cependant le dernier mode de formation paraît être le plus vraisemblable, car le corps vitré semblait se continuer et se confondre avec le fongus naissant (1). » Le nerf optique paraissait également sain dans toute son étendue. Le globe ne présentait aucune anomalie dans sa forme. Il est évident que, dans ce cas, le fongus médullaire avait pris son origine dans le *corps vitré*, ou du moins dans la *membrane hyaloïde*. La même chose paraît aussi avoir eu lieu dans un cas rapporté par *Ware* (2). Dans un autre cas décrit par le même, et qui concernait une fille de six ans, l'œil gauche avait été extirpé pour un fongus médullaire; l'œil droit étant ensuite devenu le siége de la même maladie on l'extirpa aussi, et on trouva que tout l'espace destiné au corps vitré était occupé par une tumeur stéatomateuse, dont la couleur générale était blanche, mais dont plusieurs points offraient une teinte rouge couleur de sang. Lorsque cette tumeur fut enlevée, on découvrit derrière elle une substance blanche, mollasse, qui en était tout à fait distincte et isolée, et qui semblait n'être que la rétine altérée par un

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 55.

(2) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 64.

travail pathologique. La choroïde n'était recouverte que d'une petite quantité de *pigmentum*. Le cristallin, ainsi que sa capsule, étaient entièrement transparens; le nerf optique et toutes les autres parties attenantes à l'œil paraissaient dans un état sain. Le volume du globe oculaire n'avait pas non plus augmenté. Comme on observe ici expressément que la tumeur remplaçant le corps vitré était distincte de la rétine, encore reconnaissable, quoique dégénérée; comme il résulte de la description même que l'altération du corps vitré était beaucoup plus avancée que celle de la rétine, et qu'en même temps le défaut de pigmentum annonçait un état souffrant de la choroïde, il est évident que dans ce cas le fongus médullaire a encore pris naissance dans le corps vitré ou dans l'hyaloïde, et que de là il s'est étendu excentriquement vers la rétine et la choroïde. L'altération de la rétine ne pouvait encore être ni ancienne, ni considérable; car il est dit expressément, vers la fin de l'observation, que ce cas était remarquable parce que, malgré les transformations qu'avaient subies la rétine et le corps vitré, l'œil continuait à jouir, à un certain degré, de la faculté visuelle, jusqu'à l'instant de la mort (1). Ici probablement le trouble de la vision reconnaissait pour cause principale l'opacité du corps vitré, qui empêchait le passage des rayons lumineux. Il en est de même du cas rapporté par *Hayes*, et que nous avons cité plus haut. L'altération de la vue provenait également de ce que la lumière ne pouvait plus traverser le corps vitré, car la rétine était tout à fait intacte. On pourrait établir, en thèse générale, que si dans le commencement de la maladie la vision n'est pas considérablement dérangée, ou si le malade ne voit que dans certaines directions, que dans ce cas, dis je, le mal a son siége dans le corps vitré ou dans la membrane hyaloïde. Aussi *Günther* observe-t-il, en parlant des cas rapportés par *Travers*, que dans l'un d'eux le fongus médullaire avait pris naissance dans l'humeur vitrée (2).

(1) Voyez *Wardrop*, l. c, p. 67.

(2) Voyez *Günther*, Analecta ad anatomiam fungi medullaris, Diss. inaugur. Lipsiæ, 1824, p. 49 et 50.

Dans un cas décrit par *Allan Burns*, et où le fongus avait perforé la sclérotique, on trouva après l'extirpation de l'œil que la choroïde était plus riche en vaisseaux qu'à l'ordinaire, et que dans un certain endroit elle était cinq ou six fois plus épaisse que dans l'état naturel. A l'endroit où la sclérotique était rompue, la choroïde se terminait insensiblement en une substance blanche, pulpeuse, laquelle constituait une partie du produit pathologique (1). Ici nous sommes portés à chercher le siége du mal dans la choroïde, d'autant plus que la substance du fongus était pénétrée de part en part d'une humeur foncée et visqueuse, qui avait une ressemblance frappante avec le *pigmentum* de la choroïde. *Günther* observe, en outre, que dans les observations de *Travers* la choroïde était plusieurs fois affectée primitivement de fongus médullaire (2).

D'après le même, l'*iris* doit aussi avoir été, dans un de ces cas, le siége primitif du mal (3).

L'origine du fongus a lieu très-fréquemment dans la *rétine*, *surtout auprès de l'entrée du nerf optique*, *et quelquefois dans ce dernier même*, ainsi que cela est très-évident dans le cas de *Wishart* (4). Là, le globe de l'œil fut extirpé chez une fille de sept ans, avant que le fongus n'eût traversé la sclérotique. Le nerf optique était tout à fait sain, la choroïde et la sclérotique n'offraient rien d'anormal; la cornée était un peu plus molle qu'à l'ordinaire et déprimée. Le produit nouveau, dans lequel la rétine s'était transformée, ne communiquait qu'avec le nerf optique. Le mal paraît également avoir commencé dans la rétine et le nerf optique, dans un cas rapporté par *Panizza* (5). On pourrait peut-être établir cette loi générale : si dès le commencement de la maladie la faculté visuelle est considérablement dérangée ou totalement

---

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 76.
(2) Loc. c., p. 45 et 50.
(3) L. c., p. 49 et 50.
(4) L. c., p. 473.
(5) Loc. c, p. 186.

abolie, et si l'opacité s'aperçoit tout au fond de l'œil, le fongus se développe dans la partie postérieure de la rétine ou dans le nerf optique.

Il y a aussi deux observations de *Travers* dans lesquelles, d'apres *Günther*, la maladie doit avoir pris son origine dans le nerf optique.

La *sclérotique*, ainsi que la *gaîne des nerfs optiques*, peuvent également être le siége primitif du fongus médullaire; ceci paraît surtout avoir eu lieu dans un cas observé par *Wardrop* (1). On voit aussi dans notre première observation que la masse fongueuse contenue dans le globe de l'œil adhérait en plusieurs points d'une manière intime avec la face interne de la sclérotique, et surtout vers la partie postérieure de cette membrane. Toute la gaîne du nerf optique était remplie d'une masse semblable qui était pourvue çà et là de vaisseaux très-fins, et qui tenait intimement à la face interne de la gaîne nerveuse. Il est certain que, dans ce cas, la maladie a aussi pris son point de départ dans la sclérotique et dans l'enveloppe du nerf optique.

Comme la dure-mère est très-fréquemment le siége primitif de fongus médullaires, connus depuis *Louis* sous le nom de *fongus de la dure-mère*, il est évident que le fongus de l'œil peut très-souvent n'être qu'une suite, qu'une extension de ces derniers. Et, en effet, nous trouvons consignés dans l'ouvrage de *Louis* (2) deux cas de ce genre, dont l'un est dû à *Paow* et l'autre à *Petit*.

Dans notre quatrième observation, le fongus médullaire paraît être parti de la *conjonctive*, entre la paupière inférieure et le globe de l'œil. Aussi ce dernier a-t-il disparu, non par suite d'une dégénérescence, mais par suite d'une atrophie. *Panizza* rapporte également un cas où la maladie s'est développée simultanément dans l'intérieur du globe de l'œil et à la conjonctive, sans qu'aucun des deux points malades ait dépendu de l'autre (3). C'est ici le cas aussi de parler de l'opinion de M. de *Walther*, qui croit que tous les fongus de l'œil ont pour siége

---

(1) L. c., p. 35.

(2) Mémoire sur plusieurs maladies du globe de l'œil; Mémoires de l'Académie de chirurgie, tome 5, p. 170 et 171.

(3) Voyez la traduction de son mémoire, dans les Notices de *Froriep*, l. c.

primitif la conjonctive ; mais ce chirurgien est évidemment trop absolu, et tout ce qu'on peut conclure de son assertion, c'est que la conjonctive peut aussi donner naissance au fongus médullaire.

Allan Burns (1) décrit un cas où la *glande lacrymale* était le siége primitif de la dégénérescence médullaire. L'affection existait des deux côtés, mais à un moindre développement d'un côté que de l'autre.

Dans la quatrième observation que nous rapportons, le fongus prit naissance dans le *tissu cellulaire adipeux* de l'orbite. Le sujet de l'observation était un jeune fille.

Nous observerons enfin, par rapport au siége primitif de la maladie, que le fongus de l'œil peut aussi ne se développer que d'une manière consécutive, c'est-à-dire qu'après avoir pris naissance dans le cerveau il peut se transmettre de là à l'œil. Ainsi, dans un cas rapporté par *Travers*, le mal s'est d'abord développé dans la couche optique, puis est parti de là pour gagner l'œil (2).

Les faits que nous venons de rapporter, ainsi que beaucoup d'autres concernant le développement primitif du fongus médullaire dans les différens tissus de l'œil, confirment aussi, pour cette maladie, la loi générale, qui dit que l'*organe visuel, dans lequel tous les tissus simples de l'organisme se reproduisent et se dessinent d'une manière plus prononcée, reproduit aussi avec une grande fidélité, mais dans une plus petite sphère, les différentes maladies que l'organisme entier nous présente dans une sphère plus vaste;* car nous sommes convaincus par de nombreuses recherches que le fongus médullaire peut naître dans tous les tissus de l'économie. Qui pourrait nier, après tout cela, les avantages et l'importance des études ophthalmologiques?

Quant à l'influence du sexe sur la production du fongus médullaire de l'œil, nous avons trouvé sur trente-quatre cas connus, et dont

---

(1) L. c., p. 335.

(2) Voyez *Travers*, Synopsis of diseases of the Eye; London, 1820. Et De fungo medullari oculi, Dissert., etc.; auct. *J. Schayer-Eliason*, Berolini, 1827, p. 22.

plusieurs nous sont propres, quatorze appartenant au sexe féminin et autant du sexe masculin; dans six cas, le sexe n'était point indiqué. Quant à l'âge, trente-deux individus avaient moins de douze ans. Des deux individus qui restent, l'un était un jeune homme de vingt ans, et l'autre une femme de trente-huit ans. Chez trente-trois individus, la maladie durait de quatre mois à quatre ans; chez un malade, dont nous rapportons l'histoire, elle durait dix ans. Parmi les trente-quatre cas nommés, il y en a sept où le mal s'étendit plus tard aux deux yeux; mais le fongus ne parvenait jamais à un si grand degré de développement dans l'œil, qui était le dernier affecté, que dans celui qui l'avait été le premier, parce que le malade doit être nécessairement épuisé par la première affection.

Pour ce qui regarde le *diagnostic* de la maladie, il faut observer que le fongus médullaire n'est pas facile à reconnaître dans sa première période, lorsqu'il siége hors du globe de l'œil; mais lorsqu'il se développe dans l'œil même, l'opacité particulière que l'on aperçoit au fond de cet organe est, comme nous l'avons déjà observé plus haut, le signe pathognomonique de la maladie. Tant que cette opacité n'existe point, il est absolument impossible de reconnaître le fongus. Il y a cependant des cas où la maladie, quoique déjà passablement avancée, ne peut pas être reconnue, à moins que le médecin n'ait eu occasion de l'observer depuis son début. En effet, un travail inflammatoire peut amener la contraction et l'occlusion de la pupille, ou bien l'obscurcissement de la cornée, de manière qu'il devient impossible de voir dans l'intérieur de l'œil. Dans ces cas, le diagnostic ne devient certain qu'après la rupture de l'œil et l'éruption du fongus médullaire.

Cette affection est souvent confondue dans sa première période avec la *cataracte;* mais son origine et les ophthalmies fréquentes qui l'accompagnent, mais la marche et l'abolition hâtive de la faculté visuelle, mais enfin l'immobilité de la pupille, le plus souvent dilatée, feront toujours distinguer le fongus de la cataracte.

L'*exophthalmie fongueuse*, qui provient d'un boursoufflement et

d'une hypertrophie de la conjonctive, à la suite d'ophthalmo-blennorrhées chroniques mal soignées, et qui acquiert quelquefois une étendue considérable, est souvent confondue avec le fongus médullaire de l'œil, quoiqu'elle se distingue par beaucoup de caractères, notamment par la lenteur de son développement, par la longueur de sa durée, par le peu de désordre qu'elle cause dans l'économie, par l'absence de toute influence pernicieuse sur l'organisme, par son apparition chez les personnes âgées presque exclusivement, et enfin par la possibilité qu'il y a d'en obtenir la guérison.

Lorsque le fongus médullaire siége dans l'intérieur de l'œil, et qu'il est encore à sa première période, il ne saurait que difficilement être confondu avec le *cancer* proprement dit ; mais plus tard, lorsque le globe de l'œil s'est rompu, ou bien lorsque le fongus s'est développé sur le dehors de l'organe, les deux maladies sont souvent prises l'une pour l'autre. Mais on les distinguera facilement, en se rappelant que le fongus médullaire constitue toujours une tumeur molle, élastique, *fluctuante;* tandis que le cancer est dur et bosselé (pendant qu'il est à l'état de squirrhe), ou bien, dur au fond et muni de bords également durs et renversés (pendant son état ulcéreux); que ce dernier affecte principalement les parties extérieures de l'œil, notamment les paupières et la conjonctive; que de là seulement il se propage dans l'intérieur (son origine dans le globe de l'œil étant rare), et qu'enfin il se montre presque uniquement chez les personnes qui ont atteint la seconde moitié de leur carrière, tandis que le fongus médullaire menace principalement les douze premières années de la vie.

Quant aux *complications*, nous observerons que M. de *Walther* prétend avoir vu une *hydrophthalmie* qui a donné lieu au fongus de l'œil. Cet organe, par suite d'une dilatation excessive et de l'amincissement de ses membranes, s'était rompu, et les bords de la plaie, après s'être réunis de nouveau, avaient donné lieu à la production fongueuse (1).

---

(1) L. c., p. 282.

Si nous considérons le fongus médullaire sous le rapport de l'*étiologie*, il paraîtrait que la diathèse scrophuleuse y prédispose d'une manière particulière. M. *Weller* a observé le fongus de l'œil chez un enfant, où, immédiatement après la scarlatine, on vit survenir des symptômes manifestes d'affection scrophuleuse et en même temps la maladie du côté de l'œil. Dans un autre cas, le même observateur vit le fongus se manifester après la disparition subite d'un ganglion lymphatique du cou, qui avait été enflammé et fortement gonflé (1). Dans une autre circonstance, il était survenu chez un enfant de deux ans une éruption psorique, que l'on supprima à l'aide des saturnins; mais à peine s'était-il écoulé un mois, qu'on s'aperçut du développement d'un fongus médullaire dans l'œil gauche (2). Il n'est nullement rare de voir paraître cette maladie à la suite d'influences extérieures, mécaniques. Mais toutes ces influences peuvent tout au plus avoir excité le prompt développement du mal; elles ne doivent être regardées que comme des causes occasionelles, car le fongus médullaire paraît presque toujours avoir pour condition essentielle une *disposition primitive et particulière de l'individu.*

D'après toutes les observations faites jusqu'à ce jour, on est obligé de convenir de l'*incurabilité* du fongus médullaire. On a conseillé l'extirpation; on l'a exécutée dans les circonstances les plus variées; mais jamais cette opération n'a été suivie d'une guérison radicale bien confirmée. Le fongus repullule toujours, soit à l'endroit même de l'opération, soit, plus rarement, dans un autre endroit. Les guérisons qu'on cite sont en partie supposées et incomplètement rapportées, parce qu'on oublie de dire pendant combien de temps la récidive n'a pas eu lieu. L'expérience apprend que le mal peut ne récidiver qu'au bout d'un an, quoique cela ait ordinairement lieu après plusieurs semaines ou plusieurs mois. Il est cependant des cas où l'on doit recourir à l'opération pour soulager le malade. C'est dans le même but aussi

---

(1) Voyez *Weller*, l. c., p. 399.

(2) Voyez *Wardrop*, l. c, p. 57.

qu'il faut toujours employer un *traitement palliatif*. Ainsi, lorsque l'état inflammatoire prédomine, on peut recourir avec avantage aux antiphlogistiques, surtout aux sangsues appliquées au pourtour de l'œil, aux cataplasmes émolliens et anodins, aux doux minoratifs, aux pédiluves. Lorsque les douleurs sont très-vives, qu'il y a de l'agitation, de l'insomnie, on peut tirer bon parti de l'opium administré à l'intérieur. M. *Maunoir* recommande principalement la belladone. On a également tiré quelques bons succès de l'extrait de jusquiame, de l'eau de laurier-cerise, et de plusieurs autres médicamens semblables. M. *Weller*, partant de l'idée que le fongus médullaire est une affection de nature scrophuleuse, propose en conséquence un traitement éminemment antiscrophuleux, et notamment les mercuriaux et les antimoniaux à l'intérieur, les révulsifs cutanés, surtout les applications d'onguent stibié sur la nuque. Il cite, à l'appui de cette manière de voir, le cas suivant, où il prétend avoir arrêté et enrayé la marche de la maladie par l'usage interne du calomel.

« Un garçon de deux ans, ayant été affecté de scarlatine, éprouva, immédiatement après, les symptômes de la maladie scrophuleuse; mais en même temps on vit survenir une rougeur uniforme de la sclérotique et de la conjonctive oculaire du côté droit; l'œil devint inapte à la vision, et s'écarta de l'axe visuel, de manière à produire le strabisme. Lorsqu'on m'apporta l'enfant, je reconnus tous les signes d'un fongus de la rétine commençant. On apercevait clairement, dans la profondeur de l'œil une masse bosselée, jaune rougeâtre. J'ordonnai de fortes doses de calomel uni au jalap, ce qui entretenait un assez fort cours de ventre, et j'eus bientôt la satisfaction de voir s'arrêter le travail morbide, qui avait déjà fait des progrès dans l'œil. Il y a presqu'un an que cela s'est passé : l'enfant ne se ressent plus de l'influence du traitement ; depuis long-temps il se porte bien. L'aspect de l'œil s'est amélioré d'une manière sensible ; la masse bosselée, jaune rougeâtre, a disparu en majeure partie, et la pupille, qui avait perdu cet aspect noir qui lui est propre, a repris en partie sa couleur foncée. On observe encore, à l'endroit où le nerf optique s'épanouit dans la rétine,

un corps blanc grisâtre ; la pupille est immobile, un peu dilatée; l'œil est toujours affecté de strabisme et d'amaurose, comme auparavant (1). »

Dans le but de rendre notre travail plus complet, et de donner une idée plus nette du fongus médullaire, nous allons rapporter plusieurs cas de cette maladie, que M. le professeur *Chelius*, à Heidelberg, a bien voulu nous communiquer, et dont nous avons eu occasion d'observer quelques-uns nous-mêmes.

1re. OBSERVATION. (Pl. I, 2 et 3.)

Les figures 1 et 2 représentent les yeux d'un jeune garçon de quatre ans, sur lequel le fongus médullaire a été observé depuis son origine dans la clinique chirurgicale de Heidelberg. L'enfant (Pierre Herion de Schœnau) était vif, alerte, doué de beaucoup d'esprit pour son âge, et bien constitué sous le rapport physique. Jamais, depuis sa naissance, sa fonction visuelle n'a été troublée : c'est, du moins, ce qu'assura sa mère. Mais bientôt, après l'inoculation de la vaccine, lorsque l'enfant avait atteint l'âge de neuf mois, la mère aperçut dans la pupille de l'œil droit une tache jaune de la grandeur d'un grain de millet ; cette tache ne parut exercer aucune influence défavorable sur la vision ; son origine ne put être attribuée à aucune cause appréciable; aucun phénomène morbide ne l'avait précédée. Elle gagna rapidement en étendue, tellement qu'au bout de trois semaines elle occupait toute la pupille, et interceptait le passage aux rayons lumineux. Les choses restèrent à peu près trois semaines dans cet état. Après cet intervalle, l'œil gauche, qui était resté intact jusque là, fut pris de la même affection que celui du côté opposé, et le jeune malade devint totalement aveugle. C'est à cette époque qu'il fut admis à la clinique chirurgicale. Il avait alors un peu plus d'un an.

Lors de la première visite, on observa dans le fond de l'œil droit,

---

(1) Voyez *Wetter*, l. c., p. 402.

vers l'insertion du nerf optique, un corps trouble d'un jaune verdâtre ; la pupille, dilatée et immobile, en était entièrement masquée. Du reste, ni la couleur de l'iris, ni le contour du globe de l'œil ne présentaient la moindre anomalie. Le corps qui troublait la pupille de l'œil gauche avait une teinte plus grisâtre ; il était plus retiré vers le fond de l'organe ; la pupille était dilatée, immobile, et la vision tout à fait annulée, ainsi que cela avait lieu pour l'œil du côté opposé.

Dans cet état, les deux yeux simulaient absolument des cataractes, et un oculiste expérimenté, qui se trouvait par hasard à la visite, s'en laissa imposer par l'apparence. Cependant la santé générale de l'enfant ne fut point troublée; son développement physique continua, et les deux yeux restèrent pendant long-temps dans l'état que nous venons de décrire.

Au printemps et en été de 1821, lorsque le petit malade avait trois ans et demi, on vit de temps à autre survenir des inflammations aux deux yeux. Les deux paupières se collèrent l'une à l'autre; il y avait beaucoup de chaleur, une soif vive et continue, et une transpiration abondante à la tête. C'est alors aussi que l'état de l'œil droit empira; le corps opaque, qu'on y remarquait, gagna en étendue, prit une couleur d'ambre et un aspect sillonné ; bientôt il vint à traverser la pupille et à remplir la chambre antérieure. L'œil augmenta de volume ; la sclérotique prit une teinte livide ; la cornée se troubla peu à peu, et finit par devenir tout à fait opaque ; elle était incessamment poussée en avant par le corps qui se développait dans l'intérieur de l'organe visuel. La conjonctive se tuméfia; des vascularités nombreuses s'y développèrent, et vinrent s'étendre jusque sur la cornée, qu'elles recouvrirent d'une espèce de réseau. Bientôt l'œil, qui continuait toujours à grossir, sortit de l'orbite en refoulant les deux paupières, l'une en haut et l'autre en bas. Pendant ce temps, le corps trouble de l'œil gauche s'était transformé en une masse jaunâtre, de grise qu'elle était; la surface en était devenue sillonnée et comme granuleuse : cette masse remplissait la chambre postérieure, et refoulait en avant l'iris qui avait perdu sa contractilité. La cornée n'était pas encore

troublée, et le globe oculaire avait son volume ordinaire. Vers la fin de l'été, le malade se plaignit fréquemment de douleurs dans l'œil; ces douleurs, étaient si fortes, qu'elles l'empêchaient de dormir. L'appétit était faible, la soif continue. Au mois de novembre, l'œil droit avait gagné considérablement en volume, et faisait fortement saillie hors de l'orbite. De sa surface suintait un ichor sanieux assez abondant, qui irritait la paupière inférieure. Une masse rouge et spongieuse s'élevait de la partie supérieure et externe du globe, et faisait éprouver au doigt qui l'examinait *la sensation trompeuse d'une fluctuation.* La face interne de cette masse présentait un endroit ulcéré, qui se couvrait souvent d'une croûte jaunâtre, lorsque l'enfant ne frottait pas l'œil; cette croûte n'adhérait pas fortement, et se trouvait toujours emporté par la sanie qui venait la détacher. La fig. 1 représente l'œil droit parvenu à cette période de la maladie. La cornée de l'œil gauche n'était pas encore altérée, mais elle jetait un certain éclat argentin. La masse, qu'on observait dans la chambre postérieure, avait une couleur d'ambre, sa surface était sillonnée, et simulait une agglomération de petits ganglions; elle traversait la pupille, qui était dilatée, et dont on n'apercevait plus qu'un cercle noir extrêmement étroit, et elle venait faire saillie dans la chambre antérieure en poussant le reste de l'iris en avant, surtout inférieurement. Tout autour de la cornée, on observait un cercle blanchâtre, opaque. Le globe de l'œil parut avoir diminué dans tous ses diamètres, et s'être retiré vers le fond de l'orbite. Dans la conjonctive de la sclérotique on aperçut quelques vaisseaux sanguins. (*Voy.* la fig. 2.)

Plusieurs moyens furent employées durant le cours de cette maladie, mais sans le moindre résultat, comme on pouvait bien s'y attendre. Convaincu de l'incurabilité du mal, mais cédant aux instances des parens, le professeur fit l'extirpation de l'œil droit le 23 novembre. L'opération ne présenta rien de particulier; aucun accident grave n'en fut la suite; et, au bout de six semaines, la plaie était presque entièrement cicatrisée.

L'œil extirpé était encore enveloppée de sa sclérotique, et n'avait

point précisément augmenté de volume; l'augmentation apparente de son volume avait seulement été déterminée par la masse spongieuse qui occupait la partie supérieure et externe du globe, et dont nous avons parlé plus haut. Le tissu cellulaire du pourtour de l'œil était mou et sans traces de désorganisation; les muscles de l'orbite n'avaient pas éprouvé d'altération non plus. La structure de la sclérotique ne paraissait pas changée; seulement elle était couverte par la masse spongieuse à l'endroit déjà signalé; on pouvait parfaitement bien distinguer son mode d'union avec la cornée. Celle-ci avait perdu toute sa transparence, et ressemblait entièrement pour l'aspect à la sclérotique. En fendant le globe oculaire dans la direction du nerf optique (près de l'insertion duquel on observait un aggrégat de substance noire particulière), on le trouva rempli d'une masse brune jaunâtre, grumeleuse; celle-ci paraissait liée par un tissu cellulaire très-fin, elle s'écrasait facilement sous le doigt et contenait dans son intérieur de petites concrétions sablonneuses reconnaissables au toucher et par leur bruit sous le couteau. Ces espèces de graviers se trouvaient en plus grande abondance près de l'entrée du nerf optique, et constituaient en cet endroit un corps gris noirâtre, de la dimension d'un petit haricot, et formé principalement de phosphate de chaux et d'une matière animale. La masse de l'intérieur de l'œil, dont la structure n'était rien moins que médullaire, fut détachée avec précaution de la sclérotique; on vit alors vers la partie supérieure et externe de cette membrane un endroit très-aminci et comme perforé, d'où la tumeur spongieuse avait pris son développement. Cette dernière tumeur contenait dans son intérieur de la matière encéphaloïde, et ne paraissait être dans aucun rapport de liaison avec la masse contenue dans l'intérieur du globe. On ne pouvait plus reconnaître aucun tissu dans l'œil, si ce n'est une portion de choroïde, qui se présentait sous forme d'une lamelle noire enveloppée par la masse brune jaunâtre, laquelle semblait s'être glissée entre la choroïde et la sclérotique. (*Voy.* la fig. 3.)

Après cette opération, l'œil gauche resta à peu près quinze jours dans l'état que nous avons décrit plus haut. Dans la troisième semaine, il parut encore plus applati et plus retiré dans l'intérieur de l'orbite qu'auparavant. La pupille était davantage tiraillée en dedans, et l'iris ne se reconnaissait plus qu'à un petit cercle noir qui entourait la pupille ainsi déformée. La cornée était applatie, mais elle avait conservé sa transparence, et permettait de voir la masse médullaire, dont la couleur était celle de l'or mat, et qui, sans avoir précisément augmenté de volume, selon les apparences, s'était avancée davantage. Le cercle blanc et opaque, qui entourait la cornée, s'était agrandi, et avait pris l'aspect de ce qu'on nomme l'*annulus senilis* chez les vieillards. L'œil resta dans cet état jusqu'au commencement du mois de janvier 1822, où l'enfant quitta la clinique.

Lorsque le 22 janvier, le même garçon reparut à la clinique, on vit une tumeur spongieuse s'élever de l'endroit non encore cicatrisé de l'œil qui avait été opéré. Cette tumeur s'était déjà tellement emparée des deux paupières, que celles-ci formaient en quelque sorte un rempart à l'entrée de l'orbite. L'œil gauche ne présentait pas de changement bien appréciable; cependant le cercle blanc parut encore plus opaque, et l'œil semblait s'être retiré davantage. A l'angle de la mâchoire inférieure du côté gauche, on remarqua une tumeur dure; ce n'était probablement qu'une glande lymphatique engorgée. La santé générale de l'enfant était considérablement dérangé; il n'avait plus l'esprit aussi éveillé; l'appétit lui manquait; il avait beaucoup de soif, souvent de la chaleur, la tête lourde, une grande tendace au sommeil. Dix jours après, le 2 février, la tumeur avait déjà fait des progrès terribles, principalement tout autour du bord de l'orbite; la peau qui la recouvrait avait une teinte livide. Il y avait quatre grandes saillies fongueuses qui sortaient de l'orbite, et dont la principale occupait l'angle externe de l'œil; elles saignaient facilement par le contact et souvent spontanément; il s'en écoulait un ichor sanieux qui érodait la paupière inférieure. L'œil gauche était toujours dans le même état. Plusieurs glandes engorgées se

remarquaient à la tête et au cou. L'enfant se plaignait de douleurs dans l'orbite du côté droit ; il était fort sensible et pleurait très-souvent. Quoiqu'il n'eût pas encore beaucoup maigri, on ne put cependant pas méconnaître la présence d'une petite fièvre hectique. Le développement de la tumeur se faisait d'une manière très-rapide, surtout vers la partie externe de l'orbite : on la pansa avec le baume de *Locatelli*.

Vers la fin d'avril, le fongus avait acquis un volume énorme ; le malade était faible ; il avait maigri ; son appétit était presque nul, et il passait la plus grande partie du temps tranquillement dans son lit. Un mois plus tard, la tumeur était devenue presque aussi volumineuse que la tête ; elle occupait le devant de l'orbite, descendait jusqu'à la mâchoire inférieure, couvrait toute la moitié droite du nez, et s'étendait jusque derrière l'oreille droite. Elle sécrétait une sanie dont l'odeur infecte rappelait celle d'un corps animal en putréfaction. Le malade n'avait plus que la peau sur les os ; cependant ses facultés intellectuelles s'étaient conservées intègres, et il n'y avait pas non plus de symptômes comateux.

Le 8 juin enfin vers le soir, il mourut subitement dans un état d'épuisement complet, après avoir encore parlé peu de minutes avant sa fin. Le 9, au soir, on sépara la tête du tronc, et comme le professeur de clinique, M. *Chelius*, était absent, on la mit dans l'alcohol jusqu'à la matinée du 12, où on procéda à l'examen anatomique.

Après avoir ouvert le crâne et incisé la dure-mère, on souleva les lobes antérieurs du cerveau, et on remarqua une tumeur qui était placée entre la dure-mère et les parois osseuses de la cavité crânienne. Cette tumeur, autant qu'on en pouvait juger par le premier aspect, couvrait la voûte orbitaire du frontal, la lame criblée de l'éthmoïde (antérieurement), les petites ailes du sphénoïde (près de leur base), et s'étendait jusqu'à la selle turcique. Le volume des nerfs optiques était de beaucoup diminué ; leur aspect était d'un gris rougeâtre, tirant sur le noir ; leur intérieur ne consistait que dans une masse gélatiniforme. Les autres nerfs de l'orbite n'offraient point de traces

d'altération ; mais ils étaient évidemment plus grêles, plus faibles que dans l'état normal.

Lorsqu'on eut enlevé le cerveau, on vit que l'extrémité arrondie de la tumeur s'étendait jusque dans la fosse cérébrale moyenne. On incisa la dure-mère, on la sépara avec précaution de la tumeur qu'elle recouvrait, et à laquelle elle était fortement adhérente ; la tumeur était d'une consistance molle, et ressemblait presqu'à de la bouillie. En la soulevant de dessus la voûte orbitaire, on trouva que la table osseuse était usée et percée de tout petits pertuis par lesquels venaient des filamens très-grêles (peut-être des vaisseaux sanguins) se rendre dans le fongus. Celui-ci communiquait avec l'orbite à travers la fente sphénoïdale.

On emporta ensuite la portion orbitaire du frontal droit, afin de poursuivre l'examen du nerf optique. Ce nerf avait dans l'orbite le même aspect que nous avons déjà indiqué plus haut : sa gaîne ne renfermait aucun liquide (du moins lors de l'autopsie) ; il était atrophié, il n'avait pas une ligne de diamètre, et se présentait sous forme d'un faisceau de fibres médullaires faiblement liées ensemble. Près de son entrée dans la cavité orbitaire, et sur son côté interne, on vit quelques points noirâtres. Le nerf lui-même se terminait subitement dans la tumeur, en offrant un léger renflement à son extrémité.

Tout l'orbite était rempli par la tumeur, qui en avait écarté les parois dans tous les sens. En beaucoup d'endroits, la surface osseuse était dénudée et cariée, et surtout vers l'angle externe de l'œil. La partie orbitaire de l'os zygomatique était complètement détruite ; le reste de cet os était poussé en avant, et son apophyse frontale pénétrait librement dans la tumeur. L'ouverture ainsi produite par la destruction d'une grande partie du zygomatique, avait permis au fongus de pulluler par là et de prendre un développement prodigieux dans la région temporale. Le périoste, qui restait, était sain, ainsi que les bouts restans des muscles de l'œil.

Quant à l'œil gauche, il était fortement rétracté dans l'orbite ; il était petit et atrophié. Le nerf optique était dans l'état que nous avons

déjà indiqué plus haut. Lorsqu'on eut fendu l'œil dans la direction du nerf, on vit que la chambre antérieure n'avait point totalement disparu ; pour toute iris, il n'y avait plus qu'une petite lamelle, d'une teinte sale, derrière la cornée. Le milieu du globe de l'œil était rempli par une masse d'un blanc jaunâtre, qui contenait beaucoup de concrétions pierreuses, pareilles à des grains de sable : cette masse était immédiatement enveloppée par un reste de choroïde, qui y pénétrait un peu antérieurement, et qui était reconnaissable à sa couleur noire. Le corps vitré et le cristallin avaient entièrement disparu.

Le cerveau ne présentait aucune lésion organique ; seulement les parties, desquelles les nerfs optiques tirent leur origine, parurent-elles moins développées que dans l'état normal : cette particularité était surtout frappante du côté droit.

IIe. OBSERVATION. (*Voy.* pl. I, fig. 4 et 5.)

Élise W...., âgée de cinq ans et demi, toujours bien portante depuis sa naissance, s'était développée avec tous les dehors d'une santé forte et brillante. A l'âge de trois ans, elle eut la rougeole, dont elle ne conserva aucune suite fâcheuse : une légère inflammation des paupières s'était maintenue encore quelque temps après l'exhantème, mais bientôt elle se dissipa spontanément. Jamais on n'observa chez la petite malade d'affection cutanée ou d'engorgement glandulaire.

Elle n'avait pas encore quatre ans, lorsque ses parens remarquèrent qu'elle secouait la tête d'une manière particulière, qu'elle louchait de l'œil gauche, et qu'à la chandelle on apercevait quelquefois dans l'intérieur de cet œil un globe brillant ; plus tard, on y vit aussi pendant le jour un corps opaque, et plusieurs examens, auxquels les parens firent soumettre l'enfant leur donnèrent la triste conviction que la vue de l'œil gauche était entièrement abolie.

Au printemps de 1826, M. *Chelius*, à Heidelberg, observa l'enfant pour la première fois. Il trouva la pupille de l'œil malade notable-

ment dilatée. immobile, et, tout au fond de l'organe, il aperçut une masse d'un gris jaunâtre, qui était plus ou moins distincte suivant qu'on y faisait tomber la lumière dans un sens ou dans un autre. L'œil était fortement châtoyant; quelquefois l'intérieur parut d'un rouge flamme très-vif.

La cornée avait sa transparence ordinaire; la conjonctive de la sclérotique n'était parcourue que d'un petit nombre de vaisseaux sanguins. L'élasticité de l'œil malade parut être moindre que celle de l'œil sain; le regard de l'enfant présentait quelque chose de particulier, en ce que l'œil affecté ne suivait que d'une manière lente et incomplète les mouvemens de l'autre.

Le professeur que nous venons de nommer déclara que la maladie était un fongus médullaire, et que l'extirpation du globe de l'œil était le seul moyen (quoiqu'un moyen encore incertain) de sauver l'enfant; mais plusieurs circonstances empêchèrent que l'opération eût lieu. De temps à autre nous visitions l'enfant, et nous pûmes nous convaincre des progrès toujours croissans du mal.

Le corps opaque du fond de l'œil prit une couleur plus foncée, une couleur d'ambre; il s'avançait toujours davantage vers l'iris, qui se rétractait en même temps vers son bord ciliaire, et donnait ainsi une plus grande ampleur à la pupille. Avec cela on vit à la partie inférieure du corps opaque un petit endroit rouge comme si c'eût été un lacis vasculaire; le globe de l'œil commença à augmenter de volume; les vaisseaux de sa surface devinrent plus nombreux et se disposèrent par faisceaux; la lumière devint incommode; les larmes coulèrent abondamment; la sécrétion des glandes de *Meibomius* devint plus active; souvent la petite malade se plaignit aussi d'un léger mal de tête, qui résidait toujours dans la région sus-orbitaire du côté affecté.

Vers la fin de septembre, une fièvre lente survint sans aucune cause particulière; la langue se chargea; l'appétit se perdit, et le ventre se resserra; en même temps la maladie de l'œil s'exaspéra; le mal de tête devint continu; la crainte de la lumière était si forte, que

l'enfant tenait toujours la face appliquée contre son lit, et l'examen, même à une lumière modérée, provoquait un larmoiement considérable. Le globe de l'œil sortit davantage de l'orbite; les paupières, surtout la supérieure, étaient tuméfiées. Il y avait chez la malade une grande activité sécrétoire des muqueuses. Après l'administration de quelques légers purgatifs, il y eut de l'amélioration, tant dans l'état général de l'enfant que du côté de l'œil.

C'est à cette époque de la maladie qu'a été faite la fig. 4, pl. I.

La santé resta au point indiqué jusqu'à la première semaine du mois de novembre; la malade alla généralement mieux; elle prit meilleure mine; l'appétit ainsi que le sommeil revinrent; les paupières, et surtout la supérieure, étaient moins gonflées.

Le 16 novembre, les paupières se trouvent presque dans l'état naturel, et le volume de l'œil paraît aussi avoir diminué. Ce qui est évident, c'est la diminution de l'état de turgescence des vaisseaux de la conjonctive.

Quelques jours après, il se manifesta des orgelets à l'œil gauche, et comme le ventre était en même temps resserré, on fit administrer un mélange d'éthiops antimonial, de magnésie et de rhubarbe; on ordonna du café de glands de chêne torréfiés, et on fit appliquer de l'écorce de garou sur le bras gauche. De temps à autre, l'enfant se plaignit d'une douleur sus-orbitale, mais cette douleur n'était jamais de longue durée. Quoique les selles devinssent plus régulières, l'appétit n'en diminua pas moins; quelquefois il y eut des envies de vomir, et d'autres fois il survint des vomissemens de mucosités acides. La malade exhalait également de sa bouche une odeur acide très-désagréable; la langue était couverte d'un enduit blanc muqueux. (Administration d'eau de fenouille, avec de la magnésie et de la teinture de rhubarbe.) L'enfant eut une selle, mais seulement à l'aide de lavemens émolliens; il rejeta un lombric par le vomissement, et depuis lors, il rendit par le haut tout ce qu'on lui donnait. Le mal de tête sus-orbitaire, dont il a été question plus haut, se manifesta plus fréquemment; la tête n'était jamais plus chaude que le reste du corps;

point de fièvre, le pouls toujours calme, et même un peu plus lent qu'à l'ordinaire. Avec tout cela, l'enfant était alerte, nullement inquiet; sa patience et ses manières aimables ne le quittaient jamais. Pendant deux nuits, il dormit fort peu à cause de la céphalalgie, qui revenait souvent; mais chaque fois qu'il dormait, son sommeil était tranquille; il ne se réveillait point en sursaut, et après le réveil, il était aussitôt à lui. Le 6 décembre, il y eut de la somnolence; mais le sommeil n'était pas plus profond que les jours précédens; l'enfant était facile à éveiller, et il répondait toujours sur-le-champ aux questions qu'on lui adressait. Malgré l'emploi des moyens dérivatifs, tels que le calomel, les lavemens émolliens, etc., la somnolence augmenta, et la malade semblait livrée au sommeil le plus doux. Comme la chaleur de la tête devenait plus sensible, on eut recours à des fomentations froides. L'enfant pouvait toujours encore être rappelé de son assoupissement; il avalait ce qu'on lui présentait, et il répondait encore juste. C'est dans ce sommeil tranquille qu'il mourut le 8 décembre, à neuf heures du matin, sans avoir jamais éprouvé de contractions spasmodiques, de paralysie ou d'autres accidens nerveux.

Nous devons encore observer que, durant les trois dernières semaines de sa vie, la cornée de l'œil malade s'était considérablement aplatie, sans avoir rien perdu de son éclat; que l'iris, fortement rétrécie, avait pris une teinte plus claire, presque bleue, et que la masse jaunâtre de l'intérieur de l'œil avait également pris une couleur plus claire.

L'autopsie fut faite le 9 décembre dans la matinée.

Après l'ablation du crâne, à la surface interne duquel la dure-mère adhérait fortement, ainsi que cela a toujours lieu chez les enfans, et, après le renversement de cette membrane, on trouva *les vaisseaux de la surface du cerveau* fortement gorgés de sang; nulle part on n'aperçut d'exsudation plastique. Les vaisseaux de la substance cérébrale elle-même n'étaient pas très-gorgés; il y avait une assez grande quantité de sérosité dans les ventricules latéraux. En soulevant les lobes antérieurs du cerveau, on vit à gauche de la commissure des nerfs

optiques une tumeur médullaire du volume d'une forte noisette ; cette tumeur se continuait antérieurement avec le nerf optique du côté gauche, qui avait acquis le double du volume ordinaire ; postérieurement elle communiquait avec une autre tumeur d'une couleur rougeâtre, de la grosseur d'une grande noix, et confondue avec la partie gauche du *chiasma* de telle manière, qu'il n'était plus possible de poursuivre la racine du nerf gauche à partir de ce point de réunion. Le nerf optique droit, qui était plus épais et plus mou que dans l'état normal, en sorte qu'il se déchirait par une légère traction, pouvait être poursuivi au-delà du point de réunion. Tous les autres nerfs de l'orbite étaient en bon état. Le nerf optique gauche fut coupé près de son entrée dans l'orbite, le cerveau retiré et tout l'orbite emporté à l'aide de la scie, afin de pouvoir l'examiner plus à l'aise, ainsi que le globe de l'œil.

Autour de la tumeur, qui était placée au côté gauche du chiasma, les vaisseaux de la pie-mère étaient plus fournis de sang, et la tumeur était enveloppée d'une gaîne celluleuse. Après l'enlèvement de cette dernière, la tumeur montra une couleur grise rougeâtre, une consistance de bouillie dans certains endroits, et en d'autres endroits un tissu de nature médullaire. En la divisant, on observa qu'elle était traversée par une infinité de petits vaisseaux très-fins. Du reste, il n'y eut pas d'autre altération du côté du cerveau.

On fendit ensuite la sclérotique ; mais on ne trouva plus dans l'intérieur de l'œil aucune trace de l'organisation primitive. Tout le globe oculaire était rempli d'une masse médullaire, d'un gris blanchâtre, de plus ou moins de consistance. Quoique toute d'une seule pièce, elle offrait cependant cinq parties faciles à distinguer. La postérieure correspondait au nerf optique ; ensuite venait une partie plus petite, puis une plus grande : cette dernière était granuleuse, et tenait antérieurement au cristallin, qui était transformé en une masse molle et pâteuse.

Sur un côté, on vit un reste de la choroïde entre la sclérotique et la masse médullaire ; de l'autre, on en vit une portion engagée entre

deux lobes du fongus médullaire. C'est à cet endroit, ainsi qu'au fond de l'œil, que la masse tenait très-intimement à la face interne de la sclérotique. Toute l'enveloppe du nerf optique était remplie d'une masse médullaire semblable : cette masse faisait voir çà et là des vaisseaux très-fins; elle tenait aussi très-étroitement à la face interne de l'enveloppe du nerf optique.

IIIe. OBSERVATION. (Pl. II, fig. 1.)

Jacques Weiss, de Gelshausen, âgé de trente ans, d'un corps bien constitué, et toujours bien portant depuis son enfance, jusqu'à l'invasion du mal dont nous allons rapporter l'histoire, fit une forte chute sur la région occipitale, il y a douze ans; et lorsqu'il fut guéri de cét accident, il eût le malheur d'être emporté par un cheval ombrageux, d'être traîné à une certaine distance, et d'être gravement blessé au front. Trois ans après cet évènement, le malade remarqua que sa vue s'affaiblissait; en même temps, les yeux étaient rouges et douloureux. Ces symptômes disparurent bientôt du côté de l'œil gauche, dont la faculté visuelle fut rétablie dans toute son intégrité. Quant à l'œil droit, la faiblesse de la vue persista encore pendant quelque temps au même degré, puis elle augmenta peu à peu, jusqu'à ce que la vision fût complètement abolie. Pendant que la vue de cet œil se perdait ainsi, *on n'observa, au dire du malade, aucun changement dans l'intérieur du globe oculaire;* mais on vit paraître en même temps une petite excroissance entre l'œil lui-même et la paupière inférieure, d'où résulta le renversement de cette dernière. Après quelque temps, cette excroissance diminua un peu; puis elle augmenta de nouveau, et acquit bientôt le volume d'un œuf de poule. Parvenue à ce degré de développement, elle resta pendant quelque temps stationnaire. L'aspect de cette tumeur était d'un rouge foncé, sa consistance spongieuse; les douleurs qu'elle produisait étaient vives, presque continues; elles s'étendaient tant à la tête qu'à l'œil, et ravissaient au malade presque tout le sommeil. Au rapport des personnes qui

l'environnaient, on voyait distinctement comment l'œil était refoulé en haut par la tumeur. C'est à ce degré que le mal persista pendant plusieurs années ; on s'était borné à l'emploi local de linges chauffés et de sachets. Enfin on se décida à recourir aux conseils des gens de l'art, il y a quatre ans.

Le médecin qui fut alors chargé de le traiter nous communiqua les renseignemens suivans : le malade avait été fréquemment sujet à des ophthalmies avant l'invasion de la maladie actuelle; mais ces ophthalmies avaient toujours cédé en peu de temps aux moyens convenables. Plus tard, il se manifesta une inflammation vive de l'œil droit, et la perte de la vue de ce côté en fut la suite. (On n'indiqua pas si ç'avait été par l'effet de l'occlusion de la pupille, de l'opacité de la cornée, de la destruction ou de la rupture du globe de l'œil, ou d'une autre terminaison fâcheuse de l'inflammation.) En juin 1818, le malade vint de nouveau chez le même médecin ; alors l'excroissance fongueuse du dessous de l'œil avait déjà acquis un certain développement. Dans l'intention de l'extirper, le médecin y fit une incision ; mais il en résulta une hémorrhagie si forte, qu'il abandonna son projet d'extirpation, et qu'il se borna à arrêter le sang avec des moyens styptiques et à favoriser la guérison de la plaie ; puis il abandonna le malade à lui-même. Depuis lors la tumeur continua à croître, en causant de vives douleurs, et en donnant lieu fréquemment à des hémorrhagies si fortes, qu'elles affaiblirent beaucoup l'individu. L'œil était tout à fait masqué par la tumeur, qui s'étendait en tout sens, et surtout en bas. Cependant, vers la fin, les maux de tête disparurent presque entièrement, l'intérieur de l'œil devint moins douloureux, la tumeur elle-même ne fut plus si sensible au toucher qu'auparavant, à l'exception, toutefois, de l'angle externe de l'œil auprès duquel la pression causait de fortes douleurs. Du reste, les forces du malades diminuaient considérablément, et il maigrissait d'une manière sensible.

A l'époque de son entrée dans la clinique chirurgicale de Heidelberg, le 24 février 1821, le fongus avait acquis le volume de deux poings réunis; l'aspect de la tumeur était d'un rouge foncé ; on y

observait plusieurs points ulcérés, et le moindre contact provoquait de fortes hémorrhagies. En haut elle était limitée par la paupière supérieure, qui avait une étendue prodigieuse; entre cette paupière et la tumeur on pouvait légèrement pénétrer dans l'orbite au moyen du doigt; inférieurement elle couvrait la joue et s'étendait jusqu'à la bouche ; en dedans elle s'appliquait contre le nez, et en arrière elle se rapprochait de l'oreille à la distance de trois travers de doigt. Elle était bosselée, spongieuse au toucher et peu douloureuse, si ce n'est lorsqu'on la comprimait vers l'angle externe de l'œil. Aucune glande n'était engorgée. Les douleurs de tête étaient peu de chose, celles de l'œil étaient également faibles et peu durables.

Comme c'était à un fongus médullaire qu'on avait affaire, on se résolut d'avoir recours à l'extirpation, le moyen unique qui restait, et dont le succès était si chanceux. L'opération fut faite le 15 mars; le malade fut placé sur un siége et sa tête appuyée contre un aide qui était placé au côté gauche. Pour pouvoir pénétrer dans l'orbite sans entamer la tumeur, on commença par inciser transversalement le milieu de la paupière supérieure, d'un angle de l'œil à l'autre, aussitôt après, le doigt de l'opérateur fut introduit dans la plaie et conséquemment aussi dans l'orbite, afin de s'assurer mieux du siége et de la profondeur du fongus. Cette partie de l'opération fut très-facile; M. *Chelius* put contourner, à l'aide de son doigt, toute la face supérieure de la tumeur, et la dégager de la graisse qui l'entourait en grande quantité. Il introduisit ensuite les ciseaux de *Cooper*, pour détacher la partie profonde du fongus, et emporta avec celui-ci la paupière inférieure, qui y adhérait fortement. Toute la masse était entourée de beaucoup de tissu cellulaire et de graisse. Pendant le dernier temps de l'opération, l'artère ophthalmique, qui avait un calibre plus fort qu'à l'ordinaire, fournissait beaucoup de sang, ce qui obligeait de verser de l'eau froide dans la plaie; l'écoulement du sang fut ensuite arrêté par des tampons imprégnés de substances styptiques. Tout le devant de l'orbite fut couvert de charpie et, après cela, d'une

double compresse, qu'on fixa à l'aide du monocle. Le malade avait tout au plus perdu six onces de sang.

L'examen attentif de la tumeur fit voir une adhérence intime entre elle et la paupière inférieure; elle était molle et pâteuse au toucher. A sa partie antérieure et supérieure on reconnut distinctement tout le bulbe de l'œil atrophié ; on put également reconnaître et isoler trois des muscles droits et le grand oblique. Le nerf optique, fortement allongé et atrophié, ne présentait aucune altération de structure, et pouvait être poursuivi jusqu'à son insertion au bulbe de l'œil. Celui-ci fut détaché de la tumeur et examiné séparément : la cornée était encore distincte, ainsi qu'une portion de l'iris; le cristallin était rapetissé, entièrement ossifié et entouré de la couronne ciliaire, à laquelle on pouvait encore faiblement distinguer les procès ciliaires. On trouva encore les restes du pigmentum et de la rétine. Nulle part la sclérotique n'était perforée, seulement elle était épaissie et comme ossifiée près de l'entrée du nerf optique. On voit évidemment, d'après cela, que ce n'est pas le bulbe de l'œil qui a donné naissance au fongus. La structure de ce dernier était en général médullaire, cérébriforme; sa couleur était claire dans certains points et plus foncée dans d'autres. Il avait plus de consistance à sa partie antérieure et supérieure; il était plus mou, en quelque sorte comme de la bouillie, à sa partie interne et postérieure.

La guérison de la plaie ne fut entravée par aucun accident particulier; elle se fit si promptement, que déjà le 20 avril suivant elle était cicatrisée en plus grande partie. L'état général du malade était également très-satisfaisant : aussi lui permit-on de quitter la clinique.

Au mois de septembre de la même année, il vint nous voir; il était brillant de santé; sa plaie était totalement cicatrisée, et depuis sa sortie de l'hospice il n'avait plus éprouvé aucun symptôme fâcheux.

D'après des renseignemens ultérieurs, le malade mourut des suites d'une tumeur, qui était survenue à la partie inférieure du cou et qui s'était étendue au-devant de la poitrine.

IVe. OBSERVATION. (Pl. II, fig. 2.)

Le sujet de cette observation était une fille juive de Bebern (grand-duché de Bade); elle était âgée de sept ans, et s'était toujours bien portée; jamais elle n'avait souffert du côté des yeux; la seule incommodité à laquelle elle était sujette, c'était une teigne qui faisait plusieurs fois éruption chaque année. Il y a environ dix-huit semaines qu'elle tomba de la hauteur de quatre pieds sur le côté droit de la tête. Cette chute n'eut d'autre résultat fâcheux qu'une légère écorchure de la peau, près de l'angle externe de l'œil; mais ce mal fut bientôt guéri. Trois semaines après ce petit accident, on vit paraître sur le milieu de la paupière supérieure du même côté une petite tubérosité dont la couleur ne différait point de celle du reste de la peau. Cette saillie augmenta rapidement en volume, et bientôt elle prit une teinte rougeâtre, de blanche qu'elle était. La petite malade n'y avait point ressenti de pulsation ni de fluctuation jusqu'à ce moment, et la tumeur était presque tout à fait indolente. Comme le mal grandissait toujours, on s'adressa à un officier de santé; celui-ci ouvrit la tumeur à deux reprises différentes, en l'incisant chaque fois par le côté interne, quatre semaines environ après l'origine de la maladie. La première fois il ne s'écoula que peu de sang; la seconde fois il s'en écoula une quantité assez forte; le sang était toujours d'un rouge clair, et n'était mêlé d'aucun autre liquide.

A partir de cette époque, jusqu'à l'entrée de la malade à la clinique chirurgicale de Heidelberg, le 12 octobre 1820, on n'essaya plus aucune espèce de traitement, et la tumeur augmenta d'une manière frappante. Elle avait déjà atteint le volume d'un œuf d'oie; sa couleur était d'un rouge foncé; sa surface luisante offrait de nombreuses anastomoses vasculaires. Elle était assez mobile, et ne paraissait avoir aucune connexion avec le système osseux. Lorsque la fille appliquait l'œil sain, la tumeur devenait sensiblement plus dure; du reste, elle était devenue assez molle dans les derniers temps, et surtout vers son

côté interne. Elle couvrait tout l'œil, de sorte que cet organe était totalement perdu pour la vision ; mais puisque quinze jours auparavant la malade en voyait encore un peu, on pouvait admettre que le globe de l'œil n'avait encore subi aucune altération.

La partie supérieure de la tumeur était recouverte par la paupière distendue; à sa partie inférieure on voyait les cils de la paupière inférieure, et, plus en dedans, la conjonctive boursoufflée et spongieuse. En soulevant la tumeur avec un peu d'effort, on pouvait distinguer la paupière inférieure; c'est d'elle que semblaient provenir les larmes qui s'écoulaient constamment en dehors, entre la tumeur et la joue. Pendant les derniers jours on y fit toujours des applications froides d'eau de *Goulard*.

Comme on avait affaire à un fongus médullaire de la paupière supérieure et à une dégénérescence fongueuse de la conjonctive. M. *Chelius* se détermina à pratiquer l'extirpation de l'œil, moyen unique mais chanceux.

L'opération fut entreprise le 13 octobre. La peau qui couvrait la tumeur fut divisée par une section verticale ; on isola d'abord le lambeau externe, puis le lambeau interne. La peau avait contracté des adhérences très-fortes avec la tumeur dans plusieurs points, mais principalement vers l'angle interne de l'œil. L'hémorrhagie fut considérable, et lorsqu'il s'agissait de faire l'ablation de la tumeur, on trouva qu'elle pénétrait profondément dans la cavité orbitaire, sans qu'elle eût toutefois des adhérences avec les parois osseuses. C'est au moyen des ciseaux de *Cooper* et de la pince à crochets que l'extraction totale en fut opérée, non sans une perte considérable de sang. On vit alors, contre toute attente, le globe de l'œil fortement déprimé et aplati ; la cornée était trouble.

Dans aucun cas on ne pouvait songer à le conserver, puisque les nerfs ciliaires devaient avoir été détruits en partie par l'effet de l'opération, et que le travail suppuratoire qui allait survenir aurait cependant détruit l'œil. En conséquence on extirpa le globe de l'œil avec une petite portion de la tumeur qui était restée. L'écoulement du sang

commença à diminuer; l'orbite fut convenablement tamponné, des compresses furent appliquées, et le tout maintenu par une bande.

La tumeur, qu'on se mit ensuite à examiner, était d'une consistance solide, de nature sarcomateuse et médullaire; dans quelques endroits elle était même cartilagineuse; beaucoup de vaisseaux sanguins la traversaient. Elle avait le volume d'un œuf d'oie. Il est probable que son origine ne datait pas de la chute qu'a faite la malade, mais d'une époque antérieure.

La guérison de la plaie eut lieu rapidement et sans de grands accidens, de telle sorte qu'après trois semaines elle était cicatrisée en grande partie. Mais déjà dans la semaine qui suivit, c'est-à-dire la quatrième après l'opération, on vit paraître dans la cicatrice, près de l'angle interne de l'œil, une petite tumeur dure, indolente, qui prit un accroissement rapide. Lorsque la petite fille était de nouveau entrée dans la clinique, cette tumeur occupait déjà tout l'espace de l'angle interne de l'œil; et un examen attentif fit reconnaître qu'elle n'était pas superficielle, mais qu'elle provenait des parties profondes. En y appliquant le doigt, on sentait qu'elle était molle et fluctuante; sa couleur était d'un blanc bleuâtre; sa surface n'offrait pas autant de ramifications vasculaires que celle de la tumeur primitive. Elle avait environ le volume d'un œuf de pigeon, et ne causait pas la moindre douleur.

Le 27 décembre, on se décida à une nouvelle opération; l'hémorrhagie fut encore considérable cette fois-ci; la frontale, qui fournissait beaucoup de sang, fut liée. Lorsqu'on eut mis la tumeur à découvert, on trouva qu'elle ne tirait pas, comme la première fois, son origine du fond de l'orbite, mais qu'elle provenait de la partie interne et supérieure de cette cavité. Après qu'on l'eut accrochée, on la détacha en partie avec le bistouri, et en partie avec les ciseaux de *Cooper;* mais en examinant ensuite l'endroit opéré, on trouva à la paroi interne de l'orbite un orifice qui permettait l'introduction du bout de l'indicateur, et à travers lequel on distinguait visiblement un reste de la tumeur, qui paraissait s'étendre dans les sinus fron-

taux. On tâcha d'extirper, tant que possible, ce reste de la maladie, on nettoya la plaie, on la remplit de charpie, et on mit une bande.

La structure de cette tumeur était assez semblable à celle de la première; seulement elle était un peu moins ferme; mais elle était aussi riche en vaisseaux sanguins. Son volume était celui d'un œuf de poule.

La guérison de la plaie se faisait assez bien; cependant, déjà le troisième jour après l'opération on croyait voir repulluler la maladie à l'angle interne de l'œil; cette nouvelle tumeur augmenta un peu les jours suivans; on la cautérisa de temps à autre avec de la pierre infernale, ce qui la fit beaucoup diminuer. La cautérisation, nullement douloureuse d'abord, causait dans la suite de fortes douleurs. Le 12 février 1821, on était parvenu à détruire complètement toute la partie du mal qui avait paru au-dehors. On se décida alors à abandonner la plaie à elle-même, et à observer la malade encore pendant quelque temps.

Huit jours après, il s'était de nouveau formé une petite tumeur à l'endroit de la cicatrice, tout près de la racine du nez; cette tumeur était dure au toucher, mais elle était indolente, et ne donnait pas lieu non plus à des maux de tête.

Il est à regretter que nous n'ayons pas pu nous procurer des renseignemens ultérieurs sur ce cas intéressant.

V^e^. OBSERVATION. (Pl. 1, fig. 6, 7, 8 et 9) (1).

Un enfant de vingt mois souffrait, depuis un mois, d'un fongus médullaire de l'œil gauche; ce fongus avait paru à la suite d'une ophthalmie interne de courte durée, qui elle-même était survenue après un violent mal de dent, causé par le travail de la dentition, au côté gauche de la mâchoire supérieure. L'enfant était bien développé,

---

(1) Sul fungo midollare dell'occhio appendice di *Bartolomeo Panizza*. Pavia, 1826; traduction allemande. Weimar, 1828, page 7.

fort, alerte, intelligent, d'un teint brunâtre. En observant l'œil gauche, je le trouvai de la même grandeur que l'œil droit, tout aussi mobile et suivant les mouvemens de ce dernier; les vaisseaux de la conjonctive n'étaient point injectés; la pupille était tout à fait immobile et très-dilatée; celle de l'œil droit était, au contraire, très-mobile et rétrécie. On apercevait à travers la pupille, et vers le fond de l'œil, une tache d'un jaune-pâle, offrant trois saillies ou tubercules séparés par des sillons; entre ces tubercules paraissait un point rougeâtre, ondulé, qui n'était autre chose qu'un petit vaisseau sanguin. La tache était immobile malgré les mouvemens de l'œil; on l'apercevait mieux en regardant obliquement par la pupille; elle paraissait alors plus saillante vers cet orifice. Lorsqu'au contraire on la regardait directement, elle paraissait plus éloignée et située tout à fait au fond de l'œil. Les expériences que je fis me donnèrent la certitude que l'enfant ne percevait plus aucun rayon lumineux par cet œil. L'extirpation fut faite un mois et demi environ après le commencement de la maladie. Le résultat en fut très-heureux, puisque depuis lors l'enfant jouissait de la plus parfaite santé.

Je me mis aussitôt à examiner l'œil extirpé : le contour était régulier et normal, ainsi que le volume; mais la consistance était un peu plus solide qu'à l'ordinaire. Le nerf optique n'offrait point de traces d'altération; il avait sa grosseur, sa couleur et sa consistance ordinaires, et l'on pouvait distinguer l'artère centrale sous forme d'un point rouge. En général, à ne juger que des parties environnantes, on eût pris l'œil pour tout à fait sain. La cornée, qui était encore transparente, permettait de voir dans la profondeur de l'œil la tache jaune-claire avec ses trois saillies, ainsi que cela est représenté par la figure 6. Quand la cornée fut enlevée, il s'écoula un liquide clair, une véritable humeur aqueuse. On incisa ensuite l'iris, qui était tout à fait saine; on la sépara du cercle ciliaire, et on découvrit ainsi tout le cristallin, qui était renfermé dans sa capsule et qui avait entièrement conservé sa transparence. Tous ceux qui regardaient à travers le cristallin étaient persuadés que la tache jaune devait pres-

que toucher le fond de l'œil; cependant, lorsque le cristallin fut enlevé, nous ne vîmes pas sans étonnement que la tache était située immédiatement derrière ce corps, si bien qu'elle contribuait en partie à former la concavité dans laquelle la face postérieure du cristallin était reçue. L'éloignement de la tache n'était donc qu'une illusion d'optique, qu'on devait attribuer au cristallin; car, en remettant ce dernier dans sa place, l'illusion reparaissait. Nous vîmes dans la partie antérieure du corps vitré, immédiatement derrière le cristallin, trois tubercules d'un jaune clair et séparés par des espèces de sillons, ainsi que cela est représenté par les figures 6 et 7. La choroïde, dont on avait enlevé l'extrémité antérieure tout autour, ne montrait aucun changement, pas même dans les procès ciliaires; partout l'on voyait cette masse jaune, molle et spongieuse dont il a déjà été question, et qui paraissait contenir un liquide (figure 7); à sa partie supérieure était une surface triangulaire (*c*) où l'hyaloïde était saine et l'humeur vitrée tout à fait transparente, de sorte qu'on apercevait par là l'intérieur de l'œil. Je fis une incision dans cette hyaloïde transparente, et il s'en écoula un peu d'humeur vitrée toute claire, qui était immédiatement suivie d'une des masses jaunes, qui avait été comme comprimée, et qui est venu occuper la place de l'humeur écoulée. Cette circonstance me porta à conclure que le corps vitré avait été résorbé par suite de la pression exercée par la masse jaune : cette dernière était molle, élastique; elle paraissait être la rétine transformée en matière fongueuse. Comme je désirerais en connaître la nature de plus près, j'ouvris la sclérotique d'avant en arrière, et à peine la choroïde fut-elle incisée, qu'il en jaillit un liquide jaune-clair, après la sortie duquel les trois tubercules jaunâtres déjà mentionnés s'affaissèrent un peu. Comme le liquide dont l'œil était rempli s'était coagulé par l'effet de l'alcool, je me décidai à mettre tout l'œil dans l'esprit de vin pour en empêcher l'écoulement. Ce liquide était jaunâtre, visqueux d'une saveur salée, et il se coagulait promptement dans l'alcohol, en perdant sa couleur; il fut donc transformé, par l'effet de l'alcohol, en une masse consistante, homogène, d'un jaune pâle. En continuant mon examen, j'enlevai la partie postérieure de la sclérotique et de la

choroïde, qui étaient dans un état parfaitement normal (figure 7, *a* et *b*), et je vis l'intérieur de l'œil rempli d'une matière d'un jaune paille, qui était grumeleuse et qu'on pouvait réduire entre les doigts en une poudre très-fine. Toutefois, comme je ne trouvai pas la rétine en dedans de la choroïde, cette matière me parut être le produit d'une dégénérescence fongueuse de la rétine, d'autant plus qu'elle se continuait jusqu'à l'entrée du nerf optique. Je vis effectivement, après avoir enlevé avec précaution la sclérotique et la choroïde, que le nerf pénétrait dans cette masse, et qu'il avait la même couleur que celle-ci, ainsi qu'on le voit représenté par la figure 8 *d*. Toute la masse jaune (*e*) était inégale en plusieurs endroits ; et lorsqu'on la touchait légèrement, elle se présentait toujours sous forme d'une substance épaisse, grumeleuse, qui, d'après l'analyse chimique, était presque uniquement formée d'albumine. J'enlevai avec soin toute cette masse, et je vis alors, non sans étonnement, qu'elle contenait dans son milieu la rétine, qui était ramassée en une espèce de cordon ou faisceau aplati et conique, s'étendant depuis l'insertion du nerf optique, jusqu'aux trois tubercules jaunes décrits plus haut (Voy. fig. 9). Ces tubercules apparens n'étaient que des portions de la rétine, refoulées en avant par la pression du liquide jaune. Il résulte de ce qui vient d'être dit, que la tache jaune ne provenait pas d'un état fongueux de la rétine, mais d'une humeur jaune qui était ramassée derrière celle-ci, et qui la refoulait vers l'axe de l'œil et vers la partie antérieure de cet organe. Il a donc fallu que l'humeur vitrée cédât et disparût à mesure que le produit morbifique s'accumulait. Nous avons déjà dit que cette humeur, ainsi que l'hyaloïde, étaient réduits à très-peu de chose (fig. 7, *d*.). Lorsqu'on se rappelle maintenant combien l'extrémité antérieure de la rétine tient solidement à la grande périphérie du corps ciliaire, on concevra facilement que le liquide ramassé entre la rétine et la choroïde ne pouvait pas pénétrer dans dans la chambre postérieure, ni conséquemment dans l'antérieure ; on voit facilement aussi que la sécrétion anormale qui s'était faite en arrière de la rétine a dû détacher cette membrane tout autour, la pousser vers le

centre de l'œil et déterminer, par la compression, l'atrophie du corps vitré.

Par quel tissu l'humeur jaune a-t-elle été sécrétée? Cette question est aussi importante que difficile a résoudre. En considérant que la rétine ainsi que la choroïde sont très-riches en vaisseaux, on conçoit que l'une et l'autre de ces deux membranes sont capables d'un tel travail sécrétoire; cependant la choroïde, encore plus que la rétine, vu sa plus grande vascularité. Mais comme la choroïde n'offrait dans toute son étendue aucune modification de couleur ni de volume, et que la rétine, bien que repliée sur elle-même, était un peu épaissie, un peu opaque, et que ses vaisseaux étaient très-développés, je suis porté à croire qu'elle avait été la véritable source de la production pathologique. Cette opinion devient encore plus vraisemblable, lorsqu'on se rappelle que la face extérieure de la rétine est revêtue d'une membrane séreuse très-fine, circonstance favorable pour expliquer une sécrétion anormale.

Remarques. Ce cas, que *Panizza* considère comme un fongus médullaire, et qu'il a publié comme tel, n'en est pas un, d'après nous. Cependant nous avons cru nécessaire de le rapporter ici, parce qu'il est le seul qui simule un fongus médullaire dans son principe et qui rende le diagnostic impossible au commencement de la maladie, ainsi qu'il résulte de sa description et de la fig. 6, pl. I. Nous considérons ce cas comme une *hydrophthalmie* particulière, non encore décrite jusqu'à présent. En effet, on admet généralement deux espèces d'hydropisies de l'œil, l'une résultant d'une secrétion trop abondante de l'humeur aqueuse, l'autre provenant de la liquéfaction et d'une augmentation trop forte de l'humeur vitrée. Mais, dans le cas actuel, le liquide sécrété s'était accumulé entre la rétine et la choroïde; il avait été exalé sans doute par une séreuse très-fine, qui se trouve entre ces deux tuniques, nous voulons parler de la *membrane de Jacob*. Ce liquide a refoulé en dedans et en avant la rétine, qui est venu former derrière le cristallin plusieurs petits ren-

flemens en forme de poches. Qui aurait deviné une semblable disposition avant l'opération et la dissection anatomique? L'opinion que nous venons d'émettre sur cette affection, que nous considérons comme ayant été de nature hydropique, devient presque une certitude, par la circonstance que l'enfant a été parfaitement guéri, et qu'il n'y a pas eu de rechute, ce qui ne serait certainement pas arrivé si la maladie avait été un fongus médullaire.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Impura corpora, quò magis nutrivereris, eò magis lædes. *Sect.* 2, *aph.* 10.

II.

Senes ut plurimùm quidem juvenibus minùs ægrotant, quicumque verò ipsis morbi fiunt diuturni, plerumque commoriuntur. *Sect.* 2, *aph.* 39.

III.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 5, *aph.* 32.

IV.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Ibid.*, *aph.* 33.

V.

Ophthalmiâ laborantem ab alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

VI.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Ibid.*, *aph.* 6.

VII.

Ab anginâ detento tumorem fieri in collo, bonum; foràs enim morbus vertitur. *Ibid.*, *aph.* 37.

fig 1

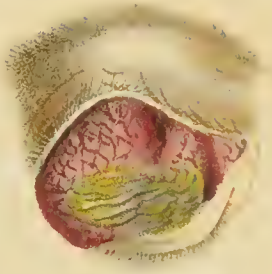


fig 2

fig 3.

fig 4.

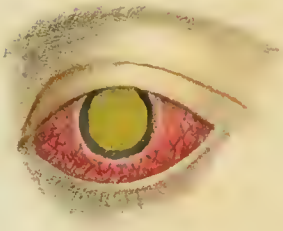


fig 5

fig 6.

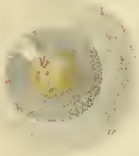


fig 7.

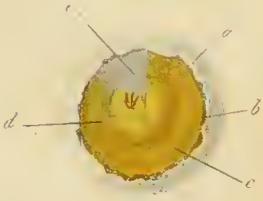


fig 8

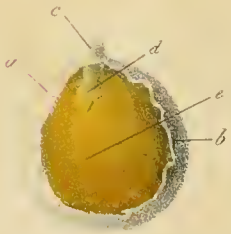
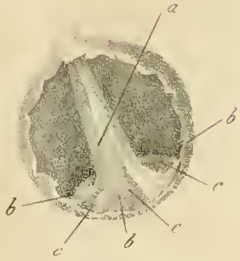


fig 9.



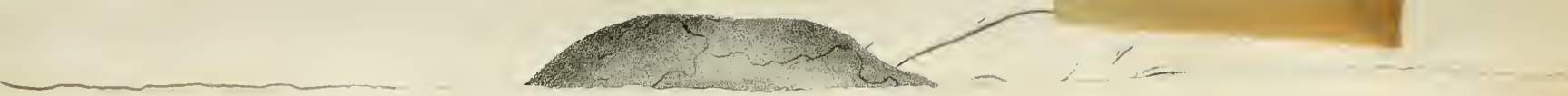
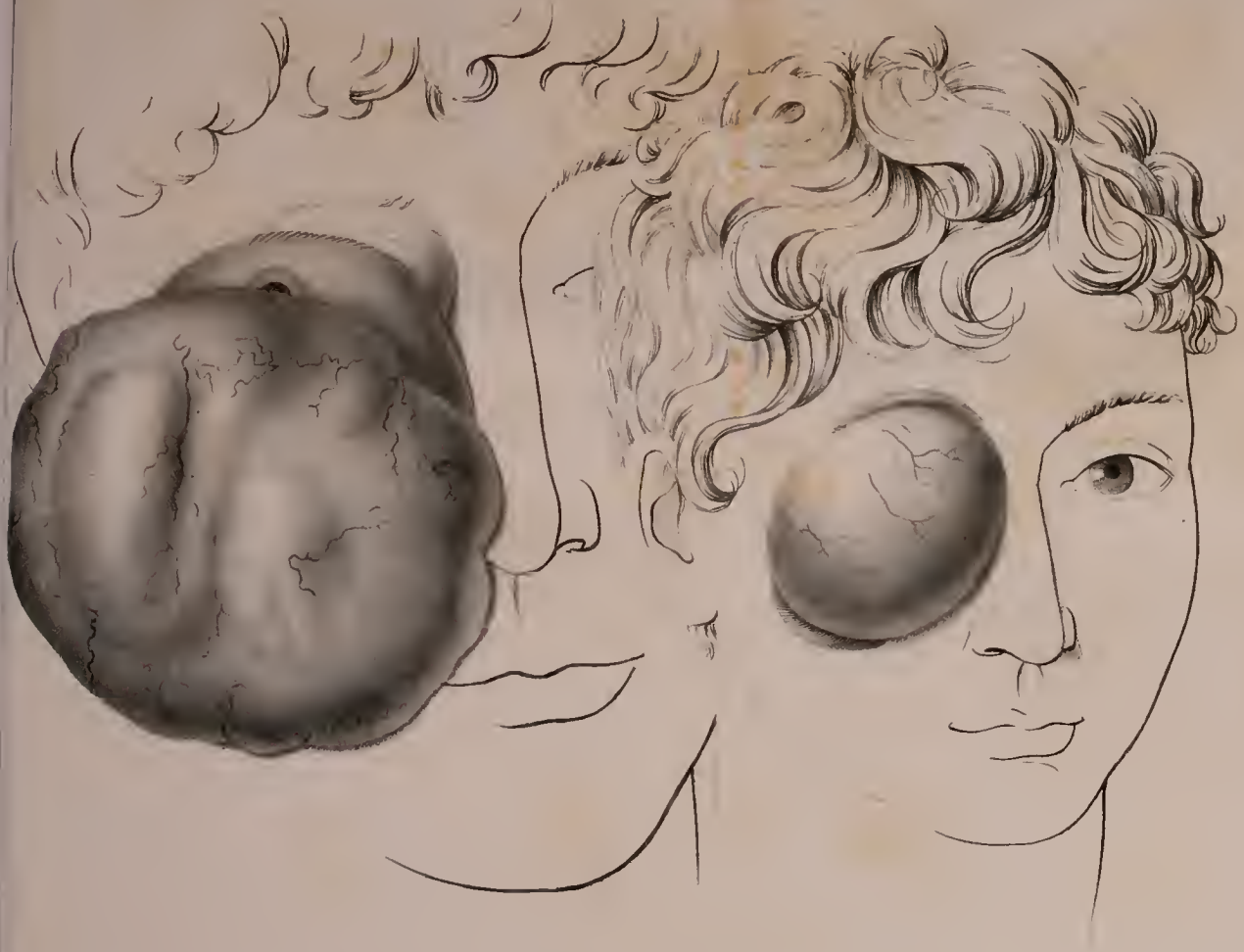


fig 1

fig 2.



Lith de Engelmann & Cie

REVUE TRIMESTRIELLE

DE

LA CLINIQUE

OPHTHALMOLOGIQUE

DE M. SICHEL

(Octobre, novembre et décembre 1836),

Rédigée par le Professeur.

PARIS.

MARS, 1837.

REVUE TRIMESTRIELLE

DE LA

Clinique Ophthalmologique

DE M. SICHEL.

Extrait de la Gazette Médicale de Paris.

L'enseignement spécial de l'ophthalmologie était inconnu en France, il y a quatre années environ, tandis qu'en Angleterre, en Italie, en Allemagne, etc., toute ville un peu considérable avait, dans ses hôpitaux, un service destiné aux maladies des yeux, et que, dans ces contrées, chaque Faculté possédait une clinique ophthalmologique. La France, si fière à juste titre de ses vastes cliniques et de son enseignement médical, si jalouse d'occuper le premier rang sous le rapport de l'art de guérir, semblait totalement ignorer le développement que l'étude de la pathologie et de la thérapeutique oculaires avait pris dans le reste de l'Europe. Aucun service dans les hôpitaux n'était spécialement consacré aux

maladies des yeux ; dans les cliniques, on entendait à peine de temps à autre une leçon sur une des nombreuses affections qui affligent l'organe le plus délicat sous le rapport de sa texture, et le plus précieux sous le rapport des jouissances qu'il procure et de son importance pour l'homme intellectuel, social et industriel. Parmi tant de célébrités et de talens éminens dont Paris s'honore, personne ne semblait songer à cette branche de la médecine ; personne n'y donnait une attention sérieuse au lit du malade.

Livré depuis longtemps à cette partie de l'art de guérir, nous nous y étions adonné avec persévérance pendant que nous remplissions à Vienne les fonctions de chef de la clinique ophthalmologique, dirigée par le célèbre professeur Jæger. Nous vînmes à Paris ; ayant remarqué le peu de développement où se trouvait l'ophthalmologie, nous songeâmes à y établir une clinique fondée sur les mêmes bases qu'à Vienne. Nous fûmes secondé dans cette vue par la bienveillance des médecins de l'hôpital Saint-Antoine, et principalement de M. Bérard jeune, et nous commençâmes donc en octobre 1832, dans le service de ce dernier, des leçons cliniques sur les maladies oculaires. Malgré la position excentrique de l'hôpital, nos leçons furent bientôt suivies par un nombre considérable d'élèves et de médecins.

Peu de semaines après, M. Sanson aîné, alors chirurgien de l'Hôtel-Dieu, familiarisé depuis longtemps avec la littérature ophthalmologique étrangère, et observateur attentif des formes variées offertes par les maladies oculaires, que son vaste service chirurgical lui présentait journellement, ouvrit dans ses salles une clinique ophthalmologique.

La clinique de cet estimable chirurgien et la mienne furent alors les seules spécialement consacrées à l'étude des maladies des yeux.

Au mois de juillet 1833, désirant mettre les élèves et les jeunes médecins dans la possibilité de suivre mes leçons sans une grande perte de temps, occasionnée par des courses longues et fatigantes, ne voulant plus en outre abuser de la rare bienveillance d'un confrère, je transportai le siége de mon enseignement dans l'amphithéâtre de M. Capuron, rue du Cloître-St-Benoît, où j'établis un dispensaire ophthalmologique et des consultations gratuites.

Une année après, l'exiguité du local me força à transférer le dispen-

saire dans un appartement mieux éclairé et plus spacieux ; il fut réintégré au n° 11 de la rue Hautefeuille. Ce dernier local ne satisfaisant point encore à toutes les exigences d'une clinique oculaire, nous réussîmes, après bien des recherches infructueuses, à en trouver un autre qui réunit toutes les conditions : c'est là, rue de l'Observance, n° 10, que le dispensaire fondé par nous est fixé maintenant, et que notre clinique a lieu de deux heures à quatre heures, tous les jours, excepté les dimanches et les samedis.

Placé en face de l'Ecole-de-Médecine, dans le voisinage de l'école pratique et des amphithéâtres particuliers, le local que nous occupons permet aux jeunes médecins de se rendre à nos leçons en sortant des cours, et sans faire le moindre sacrifice de temps pour se déplacer.

Il est situé dans une rue composée de quelques maisons seulement et inaccessible aux voitures ; aucun bruit ne vient donc troubler le repos nécessaire à ceux qui professent et à ceux qui écoutent. Assez vaste pour admettre le nombre toujours croissant de jeunes médecins et de malades (nous y avons quelquefois réuni au-delà de 130 personnes pendant la belle saison), donnant sur une rue assez large, parfaitement éclairé, en face de l'hospice de la Faculté, bâtiment peu haut et qui n'intercepte nullement le jour, notre amphithéâtre réunit tout ce qu'on peut espérer trouver dans un local qui n'a pas été construit pour la destination que nous lui avons donnée. Un jour clair, fourni par quatre croisées hautes et larges, seconde puissamment l'exploration oculaire et les opérations. Un groupe de 15 à 20 personnes peut commodément observer les malades devant chacune de ces croisées. Comme le dispensaire est placé à un étage peu élevé, les malades âgés et infirmes peuvent y monter sans fatigue et sans surcroît de souffrance. Une vaste antichambre, facile à chauffer en hiver, permet à ceux qui viennent à la consultation d'attendre leur tour sans craindre dans la mauvaise saison une exaspération de leurs maux par suite du refroidissement si funeste pour les yeux. Plusieurs chambres dans lesquelles nous avons fait placer des lits, nous donnent la faculté d'admettre gratuitement, d'opérer et de soigner à nos frais des personnes peu fortunées, affectées de cataractes ou d'autres maladies oculaires réclamant des opérations après lesquelles le malade ne peut immédiatement rentrer à son domicile. Il

nous est encore arrivé d'accorder des lits à des personnes que nous n'avions pas à opérer, mais qui étaient trop gravement affectées et trop nécessiteuses pour pouvoir être traitées à la consultation. En général, cependant, la clinique est basée sur les consultations gratuites, dont la moyenne atteint ou dépasse journellement quarante pendant la belle saison et trente pendant l'hiver, époque durant laquelle beaucoup de malades préfèrent appeler chez eux un médecin ou être admis dans un hospice, plutôt que d'aller chercher des consultations dans un dispensaire, où il faut qu'ils se transportent plusieurs fois par semaine.

M. Carron du Villard a également fondé, il y a deux ans environ, un établissement destiné au traitement des maladies oculaires et à l'instruction des élèves; un semblable dispensaire vient d'être tout récemment encore institué par M. Bourjot Saint-Hilaire.

Quatre établissemens de pratique et d'enseignement ophthalmologique ont donc surgi, depuis quatre années à peine, dans la capitale de notre patrie adoptive. La révolution qui s'est opérée, sous ce rapport, dans la médecine, porte ses fruits tous les jours. En effet, les vieilles idées et la vieille routine sont de plus en plus abandonnées; la thérapeutique oculaire naguère si banale, si étroite, si pauvre, et parfois si ridicule, est entrée dans une voie de progrès et devient féconde en résultats. La médecine ne repousse plus en marâtre un de ses enfans les plus dignes de son affection. Dans toutes les cliniques chirurgicales la saine ophthalmologie commence à revivre; professeurs et élèves, tous l'accueillent avec la même faveur et la cultivent avec ardeur et d'un commun accord. Dans les thèses mêmes que l'on soutient devant la Faculté, la médecine oculaire commence à jouer un rôle important; les idées qu'elles contiennent prouvent que l'ophthalmologie fait bonne route. Espérons que ces progrès marcheront d'un pas rapide et que bientôt arrivera une époque, que tout homme de bien doit désirer dans l'intérêt de l'humanité et de la science, où l'ignorance et le charlatanisme ne se disputeront plus l'une des plus belles branches de notre art.

Ce n'est pas à nous qu'il appartient d'apprécier la part que nous avons prise à cette révolution naissante : nous rappellerons seulement que nous avons été l'un des premiers en France à faire et à publier des

leçons de clinique ophthalmologique, à établir, et cela de nos propres deniers, un dispensaire pour le traitement des maladies des yeux, et finalement à introduire dans l'ophthalmologie française un certain nombre de moyens non employés ou peu usités en France avant nous, tels que l'onguent napolitain et le calomel à petite dose, dans les ophthalmies, la teinture de semence de colchique, la belladona à haute dose, etc., etc., médicamens qui, à notre grande satisfaction, sont entrés dans la pratique générale. Loin d'avoir voulu attirer sur nous par des publications nombreuses et précoces l'attention du public, qu'il est trop facile de captiver par de pareils artifices, nous nous sommes enveloppé d'un profond silence, et, fidèle au principe de laisser mûrir les faits et les déductions qui en découlent, nous n'avons rien publié pendant plus de trois ans, malgré les sollicitations de nos amis de ne point trop tarder à faire connaître le résultat de nos recherches, et de ne pas laisser perdre la priorité de quelques recherches et de quelques idées qui nous sont propres.

En conséquence, après un laps de temps si considérable, nous nous croyons en droit de soumettre aux praticiens le résultat de travaux assidus et consciencieux, et nous leur demandons la permission de débuter par la revue des principaux faits que nous avons observés, à notre clinique, pendant le dernier trimestre de l'année qui vient de s'écouler.

Mais avant tout nous avons à cœur de montrer que, convaincu des avantages que la médecine doit retirer d'une bonne et exacte statistique, nous désirons y contribuer par tous les moyens que nous avons à notre disposition.

Si le public médical accueille le travail que nous lui offrons, nous ferons précéder la revue du prochain trimestre du dépouillement de nos notes statistiques des six derniers mois de l'année 1833 et de l'année 1834 toute entière.

L'ordre d'après lequel nous allons ranger dans cet article les faits observés à notre clinique ophthalmologique est le suivant :

I. NOTES STATISTIQUES POUVANT FIXER L'ATTENTION SUR QUELQUES PARTICULARITÉS ET FACILITER DES RECHERCHES STATISTIQUES ULTÉRIEURES.

II. PREMIÈRE SÉRIE DES PRINCIPAUX FAITS CLINIQUES : INFLAMMATIONS.

§ I. Lésions traumatiques.

§ II. Blépharites glandulaires.

§ III. Conjonctivites catarrhales.

§ IV. Ophthalmies scrophuleuses.

§ V. Crystalloïdite, irido-périphakite et iritis.

§ VI. Choroïdite, ophthalmie arthritique ou abdominale, glaucôme.

III. DEUXIÈME SÉRIE : AMAUROSES ET MALADIES DE L'APPAREIL NERVEUX OCULAIRE EN GÉNÉRAL.

IV. TROISIÈME SÉRIE : CATARACTES.

V. QUATRIÈME SÉRIE : PUPILLES ARTIFICIELLES.

VI. CINQUIÈME SÉRIE : MALADIES MIXTES.

I. NOTES STATISTIQUES.

Le nombre des malades traités au dispensaire depuis le mois d'octobre jusqu'à la fin de décembre 1836, a été de 480.

Sur 388 malades, dont on avait noté l'âge, il y en a eu

93	de l'âge de 1 à 10 ans
70	10 à 20
56	20 à 30
66	30 à 40
49	40 à 50
32	50 à 60
16	60 à 70
5	70 à 80
1	80 à 90
Total 388	

Sur 388 malades dont on avait noté le sexe, il y a eu :

Hommes :	184
Femmes :	204
Total.	388

On a indiqué sur le cahier de notes la profession de 174 malades. Comme la plupart des professions ne nous ont fourni qu'un ou deux malades, nous n'avons pris note dans ce rapport que de celles où le nombre de malades s'est élevé au moins à trois ou plus.

La statistique sous le rapport des professions nous a fourni les résultats suivans :

Couturières, brodeuses, ouvrières en dentelles,	23
Cordonniers,	11
Ebénistes,	9
Marchands (colporteurs),	8
Bijoutiers,	7
Blanchisseuses,	6
Employés,	6
Horlogers,	5
Tisserands,	5
Tailleurs,	4
Graveurs,	4
Domestiques,	4
Imprimeurs,	3
Tailleurs de pierres,	3
Serruriers,	3
Portiers,	3
Limonadiers,	3
Charcutiers,	3
Ecrivains.	3

Couturières :	5	furent affectées d'amblyopie congestive.
	1	d'amblyopie de caractère douteux.
	6	de conjonctivite, sclérotite ou kératite.
	1	de staphylôme de l'iris avec kératocèle.
	1	de dacryocystite.
	1	de myodésopsie.
	3	d'amblyopie torpide.
	1	de myopie.
	1	d'ophthalmie blennorrhagique.
	1	de choroïdite.
Cordonniers :	3	furent affectés d'amblyopie ou d'amaurose congestive.
	4	de conjonctivite ou de sclérotite.
	1	de blépharite glandulaire.
	1	de strabisme.

	1	d'opacité nébuleuse de la cornée.
	1	d'ophthalmie arthritique.
Ebénistes :	5	furent affectés d'ophthalmie rhumatismale ou catarrhale. (L'un d'eux avait des granulations de la conjonctive.)
	1	d amblyopie congestive.
	1	de fongus médullaire commençant de la rétine.
Bijoutiers :	5	furent affectés d'ophthalmie rhumatismale ou catarrhale. (Chez un d'eux il y eut complication de congestion rétinienne.)
	1	de cicatrice de la cornée avec adhérences de l'iris.
	1	de mydriasis avec névralgie du nerf frontal.
Blanchisseuses :	3	furent affectées d'ophthalmie catarrhale, rhumatismale ou arthritique. (Chez une d'elles il y eut complication de glaucôme.)
	1	d'amblyopie congestive.
	1	de choroïdite.
	1	de cataracte capsulaire.
Horlogers :	2	furent affectés de conjonctivite catarrhale.
	1	d'amblyopie.
	1	de mydriasis.
	1	d'iritis avec cataracte.
Imprimeurs :	1	fut affecté d'amblyopie torpide.
	1	d'uvéite.
Tailleurs :	2	furent affectés d'ophthalmie catarrhale et rhumatismale.
	1	de cataracte capsulaire
	1	d'amblyopie congestive.
Tailleurs de pierres :	2	furent affectés d'ophthalmie traumatique.
	1	d'amaurose congestive.
Graveurs :	1	fut affecté de dacryocystite.
	1	de conjonctivite catarrhale avec amblyopie congestive.
	1	de cataracte.
Serruriers :	1	fut affecté d'amblyopie congestive.
	1	de glaucôme.
	1	de sclérotite et de kératite.
Tisserands :	2	furent affectés de conjonctivite.
	1	de capsulite avec iritis.

1	d'iritis.
1	d'ulcère carcinomateux des paupières

Sur 480 nouveaux malades, dont on avait noté le diagnostic, nous trouvons :

24	cas de blépharite glandulaire (tant catarrhale que scrophuleuse).
39	de conjonctivite catarrhale.
14	de conjonctivite catarrhale avec granulations ou d'ophthalmie blennorrhagique ; parmi ceux-ci les cas d'ophthalmie des nouveau-nés.
92	d'ophthalmie scrophuleuse (conjonctivite, conjonctivo-sclérotite, conjonctivo-kératite et kératite).
21	d'ophthalmie catarrho-scrophuleuse.
1	de kératite syphilitique.
12	de sclérotite ou ophthalmie rhumatismale.
19	d'ophthalmie catarrho-rhumatismale.
5	d'irido-périphakite ou uvéite des auteurs.
7	d'iritis.
9	de choroïdite.
22	d'ophthalmie arthritique (complication de conjonctivite ou de sclérotite avec choroïdite).
11	d'ophthalmie traumatique.
8	de dacryocystite.
4	d'amaurose (dont on n'avait pas désigné la nature).
52	d'amaurose congestive ou irritative.
9	d'amaurose torpide.
3	d'amaurose cérébrale et organique.
1	de myodesopsie.
41	de cataractes lenticulaires, capsulaires ou lenticulo-capsulaires.
2	de mydriasis.
2	de névralgie sus-orbitaire.
1	de paralysie du nerf oculo-moteur.
1	d'immobilité (tétanos) de l'œil.
3	de diplopie.
4	de strabisme.
7	de chalazion.
4	de ptosis des paupières.
1	de lagophthalmos avec entropium.
1	de kyste stéatomateux de la paupière supérieure.
1	d'étroitesse congéniale des paupières.
1	d'ulcère carcinomateux des paupières.

1	d'exostose de l'os frontal.
1	de carie de l'orbite.
13	de taies ou cicatrices de la cornée non accompagnées d'autres affections.
1	de staphylôme conique et pellucide de la cornée.
3	de staphylôme opaque de la cornée.
6	de staphylôme de l'iris
1	de synéchie antérieure.
2	de kératocèle.
1	de xérosis de la conjonctive.
2	de ptérygion.
1	de chémosis.
2	d'atrésie de la pupille.
1	de procidence du crystallin
9	de glaucôme.
2	de fongus médullaire de la rétine.
2	d'atrophie du globe oculaire.
3	d'exophthalmos.
1	d'exophthalmie.
2	d'hydrophthalmos.
1	d'épiphora.
2	de fistule lacrymale.
1	d'atonie du sac lacrymal.
Total. 480	

Nous sommes loin de croire le chiffre de 480 malades assez élève pour pouvoir servir de base à des conclusions statistiques. Les notes qui précèdent ont été simplement consignées dans l'intention d'indiquer la marche que nous suivrons à l'avenir, lorsque nos rapports porteront sur un plus grand nombre de cas, pour arriver à des déductions intéressantes sur l'influence de l'âge, du sexe, des professions, de la constitution épidémique; sur la production des maladies d'yeux en général, et de telle ou telle affection en particulier; sur les proportions de fréquence de l'une ou de l'autre affection oculaire, etc., etc. Maintenant que nous tentons quelques inductions de ce genre, étayées sur les chiffres qui précèdent, nous ne le faisons qu'en nous prémunissant contre le reproche de la précocité de ce travail. Nous prévoyons nous-même que plusieurs des conclusions suivantes peuvent porter à faux, et que

nous serons peut-être obligé de les corriger à mesure que les matériaux numériques s'accroîtront. Ce n'est donc que sous forme de résumé que nous présentons les observations suivantes :

1° Sur 388 malades dont on avait noté l'âge, on remarque que les chiffres descendent dans une série presque non interrompue à mesure que le nombre des années des malades s'élève. Les affections oculaires sont le plus fréquentes à l'âge de 1 à 10 ans. Elles sont assez fréquentes de 1 à 40 ans; elles sont beaucoup moins nombreuses dans les années subséquentes. Nous promettons pour les prochains rapports de clinique des rapprochemens numériques curieux relativement à l'influence des âges sur la production des diverses affections oculaires en spécial.

2° Le nombre des personnes de l'un ou de l'autre sexe, traitées à notre clinique ne présente pas une différence très-notable.

3° Quoique le chiffre des malades, dont la profession a été notée, soit encore fort petit, il prête déjà à des résultats assez curieux. Sur 174 individus, l'état des couturières ou brodeuses a fourni le nombre énorme de 23 malades. Le chiffre des cordonniers, des ébénistes, des bijoutiers, des horlogers atteints de maladies d'yeux, n'est pas moins considérable, comparativement au chiffre total. On comprend aisément la raison de ces proportions élevées, en considérant la nature des occupations, inséparables de ces métiers, et qui obligent les individus qui les exercent de s'appliquer constamment à un travail très-fatigant pour l'organe de la vue. Ajoutons à cela que la plupart des couturières ne parviennent presque jamais, malgré l'assiduité du travail, à acquérir une position aisée, que souvent, obligées de passer des nuits l'aiguille à la main, elles sont encore en proie à la misère, au chagrin et à des soucis dévorans, et on n'aura pas de peine à concevoir pourquoi les affections des yeux sévissent de préférence sur cette classe de personnes. Neuf couturières furent atteintes d'amblyopie congestive ou torpide, et une de myodésopsie; cela confirme ce qu'on pouvait présumer *a priori* que la fatigue de l'œil doit amener tôt ou tard l'asthénie de son appareil nerveux, modifiée seulement par la constitution des malades et par d'autres circonstances.

Les cordonniers, quoique travaillant à des ouvrages de plus grande

dimension, sont également très-sujets aux maladies d'yeux, et nous en trouvons la raison dans deux circonstances. Ils ont la mauvaise habitude de se servir le soir d'une lumière extrêmement nuisible pour les yeux, en suspendant un globe illuminé au-dessus de leurs têtes et autour duquel ils sont assis en cercle. Si ce mode d'éclairage d'une part offense directement la rétine, la position courbée dans laquelle les cordonniers sont obligés de travailler et qui doit nécessairement entraver la liberté de la circulation des vaisseaux abdominaux, vient encore favoriser singulièrement l'impulsion du sang vers les parties supérieures du corps et surtout vers l'œil. De là la fréquence de l'amblyopie congestive et des affections hémorrhoïdales chez cette classe d'individus; cette dernière considération s'applique également aux affections oculaires des couturières.

La fréquence des maux d'yeux chez les blanchisseuses et chez les marchands colporteurs s'explique de ce que ces professions sont constamment exposées aux intempéries de l'atmosphère et aux refroidissemens. Aussi sont-ce l'ophthalmie catarrhale, rhumatismale ou arthritique, ou les conséquences de ces ophthalmies, qui prédominent parmi les affections dont elles sont atteintes. Les tailleurs de pierres et les tisserands travaillent constamment dans une atmosphère chargée de poussière et de petits corps étrangers, ce qui devient par conséquent une source d'irritation fréquente pour leurs yeux.

Il est intéressant que chez les personnes qui fatiguent le plus l'organe de la vision, tels que les cordonniers, les couturières et les bijoutiers, cet organe est aussi très-sensible aux changemens de la température atmosphérique et devient fréquemment le siége d'irritations catarrhales et rhumatismales.

4° Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les chiffres des maladies spéciales observées pendant ce trimestre à notre clinique, nous trouvons que les différentes affections, classées d'après leur fréquence, se rangent dans l'ordre suivant :

Ophthalmie scrophuleuse (92); amaurose congestive ou irritative (52); cataracte (41); conjonctivite catarrhale (39); blépharite glanduleaire (24); ophthalmie arthritique (22); ophthalmie catarrho-scrophuleuse (21); ophthalmie catarrho-rhumatismale (19); conjonctivite ca-

tarrhale ou blennorrhagique avec granulations (14); taies ou cicatrices de la cornée (13); ophthalmie rhumatismale (12); ophthalmie traumatique (11); choroïdite (9); amaurose torpide (9); glaucôme (9); dacryocystite (8); iritis (7); chalazion (7); staphylôme de l'iris (6); iridopériphakite (5); amaurose de nature douteuse (4); strabisme (4); ptosis (4); amaurose cérébrale et organique (3); diplopie (3); staphylôme de la cornée (3); exophthalmos (3); mydriasis (2); névralgie sus-orbitaire (2); kératocèle (2); ptérygion (2); atrésie de la pupille (2); fongus médullaire de la rétine (2); atrophie de l'œil (2); hydrophthalmos (2); fistule lacrymale (2); kératite syphilitique (1); myodésopsie (1); paralysie du nerf oculo-moteur (1); immobilité (tétanos) de l'œil (1); lagophthalmos (1); kyste stéatomateux de la paupière (1); étroitesse congéniale des paupières (1); ulcère carcinomateux des paupières (1); exostose de l'os frontal (1); carie de l'orbite (1); staphylôme conique et pellucide de la cornée (1); synéchie antérieure (1); xérosis de la conjonctive (1); chémosis (1); procidence du crystallin (1); exophthalmie (1); épiphora (1); atonie du sac lacrymal (1).

Or, en exceptant l'amaurose congestive qui, d'ailleurs, selon nous, n'est dans la majorité de cas qu'une espèce de rétinite chronique ou sub-aiguë, les affections inflammatoires des divers tissus oculaires sont les maladies les plus fréquentes.

Nous ne nous livrons pas pour le moment à d'autres réflexions, portant sur les notes statistiques recueillies pendant ce trimestre, par la raison énoncée plus haut que le nombre des malades nous paraît trop peu élevé pour pouvoir fournir d'autres inductions valables pour la statistique des maladies d'yeux. Qu'il nous suffise, quant à présent, d'avoir indiqué dans cette ébauche la route que nous pensons suivre à l'avenir pour les comptes-rendus de notre clinique, et d'avoir fait pressentir les résultats intéressans que cette manière de généraliser les faits doit fournir pour la médecine oculaire aussi bien que pour toutes les autres branches de l'observation médicale.

Après ces considérations générales, passons aux observations détaillées.

II. PREMIÈRE SÉRIE DES PRINCIPAUX FAITS CLINIQUES.

INFLAMMATIONS.

§ I. *Lésions traumatiques.*

Parmi les lésions traumatiques les accidens produits par de petits corps étrangers, comme des parcelles de fer, de mortier, incrustées dans les lames de la cornée, étaient les plus fréquens. Nous en avons enlevé un grand nombre : cette opération n'a jamais présenté des difficultés qui eussent mérité d'être notées.

Le sclérotite traumatique est un symptôme qui accompagne les lésions de la cornée d'une manière assez constante : comme la sclérotite en général, elle est toujours accompagnée de photophobie. L'injection de la sclérotique, composée de vaisseaux rectilignes et parallèles, disposés en rayon qui rappellent la forme d'une fleur radiée, se concentre autour du bord de la cornée. Si la lésion traumatique est considérable, si le corps étranger reste pendant quelques temps dans la cornée, s'il a pénétré profondément dans ses lames, les pointes des vaisseaux sclérotidiens dépassent la circonférence du miroir de l'œil, et ont de la tendance à se porter jusqu'à la partie lésée. Il se forme autour du corps étranger une petite auréole nébuleuse, grisâtre ou blanchâtre, qui obscurcit la portion voisine de la cornée. Tous ces symptômes disparaissent promptement après l'extraction du corps étranger, et par l'emploi de fomentations d'eau froide, de solutions saturnines, etc. Chez les individus sanguins et pléthoriques, ou quand la lésion est considérable, nous ne négligeons jamais de joindre à ces moyens les émissions sanguines et le traitement antiphlogistique.

Les accidens traumatiques des autres parties de l'œil, qui se sont présentés à nous pendant le trimestre qui vient de s'écouler, nous fournissent les observations suivantes, dignes de quelque intérêt.

COUP DE QUEUE DE CHEVAL SUR L'OEIL GAUCHE ; DÉCHIRURE DE LA CORNÉE ; PROCIDENCE DU CRISTALLIN ; DOULEUR NÉVRALGIQUE SUS-ORBITAIRE PAR SUITE DU TIRAILLEMENT DE L'IRIS ; AMÉLIORATION ET GUÉRISON RAPIDES APRÈS LA SORTIE DU CRISTALLIN.

Obs. I. — André A., âgé de 39 ans, conducteur de diligences, d'une constitution

robuste, était occupé le 11 août 1836 à atteler des chevaux à une voiture, lorsque son œil gauche fut frappé par la queue d'un de ces animaux. Le malade prétend avoir vu de cet œil cinq minutes après l'accident. Cet organe ne se serait enflammé, d'après lui, que le 25 août. Deux médecins à Amiens, consultés alors par le malade, lui pratiquèrent une saignée au bras, et lui firent appliquer des vésicatoires à la nuque et au bras.

Le malade se présente à notre clinique le 26 septembre, six semaines après l'accident. La paupière supérieure de l'œil gauche est engorgée, rouge et a le double du volume ordinaire; les bords des paupières sont couverts d'une sécrétion visqueuse; le mouvement de la paupière supérieure est très-gêné. En écartant les paupières de l'œil malade, on trouve la conjonctive injectée et couverte d'un réseau de vaisseaux d'un pourpre pâle et variqueux, qui se rassemblent surtout autour du bord de la cornée; celle-ci est opaque dans toute sa partie supérieure et elle adhère à l'iris avec lequel elle paraît faire corps. A sa partie inférieure et externe on voit une ouverture de la largeur d'un petit pois, à bords irréguliers et frangés. Dans cette solution de continuité de la cornée se trouvent étranglés la capsule et le crystallin, restés transparens et de couleur verdâtre, mais faisant procidence et saillie à travers cette ouverture. Au côté externe de la plaie de la cornée se trouve un prolapsus irien, sous forme d'un point noir de la grosseur d'une tête d'épingle; des vaisseaux provenant de l'angle interne se continuent jusqu'au bord interne de la cornée et nourrissent les lèvres de la déchirure; toute perception de lumière dans cet œil est éteinte; la région frontale est le siége d'une douleur névralgique, affectant des accès périodiques et faisant beaucoup souffrir le malade. L'œil droit est sain.

Dans l'intention de conserver au malade une bonne forme du moignon oculaire, nous optâmes un instant pour la cautérisation des bords de la déchirure cornéale; nous crûmes pouvoir conserver le crystallin, en provoquant une exsudation plastique à sa surface qui le couvrirait d'une espèce de fausse cornée et empêcherait l'expulsion de la lentille. La cautérisation fût en même temps le moyen le plus propre pour prévenir la formation d'un staphylôme. Nous ne tardâmes pas à découvrir un grand nombre de circonstances qui rendirent impraticable ce mode d'action thérapeutique. Dans la situation où le cristallin se trouvait, une contraction un peu forte des muscles oculaires aurait pu le faire sauter à chaque moment, et avant que la consolidation de la fausse membrane artificielle fût achevée. Le cristallin déplacé, en pressant considérablement sur l'iris, devait occasionner une tension de cette membrane, se manifestant par la douleur sus-orbitaire, qui ne laissa guère un moment de repos au malade. Enfin la saillie du crystallin sembla avoir considérablement augmenté 24 heures après que le malade se fût présenté pour la première fois à notre observation. Toutes ces circonstances ennies nous firent abandonner notre première idée, et nous prîmes le parti de

donner de suite issue au crystallin, à l'aide d'une incision de la capsule, et de provoquer l'atrophie de l'œil Nous fûmes prêt à inciser la crystalloïde, lorsque, l'aide pressant un peu sur le globe oculaire, la capsule se rompit avant que nous l'eûmes touchée et laissa s'échapper le crystallin et une partie du corps vitré; l'œil s'affaissa à peine lors de l'expulsion d'une partie de ses humeurs; la déchirure triangulaire et irrégulière de la cornée laissa constamment suinter des gouttelettes du corps vitré. On couvrit l'œil d'une compresse imbibée d'eau froide et d'une bande: une saignée du bras de quatre palettes fut ordonnée.

Le crystallin, d'apparence verdâtre pendant le séjour dans l'œil, était transparent et un peu jaunâtre après sa sortie de la coque oculaire.

30 septembre. La douleur sus-orbitaire a entièrement disparu; le malade ne ressent plus que de légers picotemens dans l'œil; le gonflement de la paupière supérieure a diminué; la sécrétion muqueuse est assez considérable; l'ouverture de la cornée est remplie d'un bourbillon de mucus visqueux; elle est rétrécie; le globe oculaire ne s'est pas affaissé davantage.

Prescription : fomentations et instillations dans l'œil d'une solution d'acétate de plomb, dans le but de combattre le caractère blennorrhoïque de la conjonctivite.

7 octobre. La cicatrisation de la plaie cornéale est presque complète: le gonflement de la conjonctive et de la paupière supérieure vont toujours en diminuant: la forme du moignon de l'œil est meilleure qu'on ne pouvait s'y attendre; cautérisation de la conjonctive palpébrale avec le sulfate de cuivre, et continuation de l'usage du collyre astringent.

14 octobre. Cicatrisation complète; le globe de l'œil s'atrophie.

COUP SUR L'OEIL DROIT; ÉBRANLEMENT DU CRYSTALLIN; DÉVELOPPEMENT DE CATARACTE VINGT ANS APRÈS LA LÉSION TRAUMATIQUE; CATARACTE BRANLANTE.

Obs. II. — Le nommé François D., écrivain, âgé de 53 ans, dit avoir reçu un coup sur l'œil droit, il y a vingt ans. Ce n'est que depuis 9 mois que sa vue commence à se brouiller et à être voilée par un brouillard épais.

Le crystallin de l'œil droit est opaque et d'apparence verdâtre; détaché à sa partie supérieure de sa liaison avec la fosse hyaloïde, il communique, à chaque mouvement de l'œil, une sorte d'oscillation à la totalité de l'iris; la cataracte est branlante; l'origine de la séparation de la lentille de ses liens naturels date indubitablement de la commotion qu'elle a essuyée il y a vingt ans.

Le développement de la cataracte est cependant postérieur à cette lésion; le crystallin de l'œil gauche commence pareillement à s'obscurcir; le malade attribue l'origine du trouble de la vision à la suppression d'une évacuation sanguine

habituelle par les hémorrhoïdes ; il est d'une constitution pléthorique et porte à la figure les traces d'une acné rosacée.

§ II. *Blépharite glandulaire.*

Les blépharites glandulaires scrophuleuses et impétigineuses ont été, comme toujours, une des affections les plus fréquentes; ajoutons que c'était souvent une des affections les plus rebelles au traitement. Nous en avons vu des exemples sous des formes vraiment hideuses; souvent le derme voisin du bord libre des paupières avait pris l'aspect d'un tissu muqueux d'un rouge vif; l'érosion et la destruction des commissures palpébrales occasionnaient le renversement de ces voiles membraneux; la conjonctive constamment exposée au contact de l'air, était engorgée, boursouflée et dégénérée; la figure du malade, baignée par les larmes et un mucus d'une grande âcreté, était couverte de traînées de pustules et de croûtes. Les malades les plus intéressans de cette catégorie sont encore en traitement. Nous donnerons ces observations dès qu'elles seront complètes. Nous devons dire en passant que les topiques stimulans, si généralement recommandés par les auteurs dans cette affection, ne nous ont pas offert les mêmes résultats favorables; quelle que fût la forme dans laquelle nous les prescrivîmes, ces moyens ne furent point supportés et augmentèrent constamment l'irritation. Un garçon, âgé de 16 ans, et d'une constitution lymphatique, était affecté d'une blépharite glandulaire qui avait produit une véritable hypertrophie de la paupière supérieure. Cette partie présentait le quadruple de son épaisseur naturelle. Le bord libre de la paupière était couvert de croûtes épaisses. Les cils étaient déplacés de manière à occuper quatre ou cinq rangées, placées d'avant en arrière. Le tissu de la paupière était dur au toucher. Les onguents de précipité rouge et blanc, d'hydroïodate de potasse, les collyres, etc., etc., ne firent qu'aggraver l'affection. Elle diminua au contraire rapidement sous l'emploi de cataplasmes émolliens sur la paupière, et des frictions d'onguent napolitain.

§ III. *Conjonctivite catarrhale.*

Nous avons eu occasion d'observer pendant ce trimestre presque tou-

tes les variétés de conjonctivite catarrhale, tant à l'état simple qu'à l'état compliqué. Les proportions numériques que nous avons données démontrent la fréquence de l'ophthalmie catarrho-lymphatique. Il s'est présenté à nous un assez grand nombre de conjonctivites catarrhales qui menaçaient de se compliquer de choroïdite, tendance qui s'annonça toujours par le cercle blanchâtre ou bleuâtre autour de la cornée, appelé cercle arthritique ou veineux. Cette complication, désignée autrefois sous le nom de conjonctivite arthritique, a été traitée avec les précautions qu'exigea la tendance de l'inflammation à envahir les tissus profonds du globe oculaire. A l'exception d'un cas d'ophthalmie des nouveau-nés avec perforation de la cornée et procidence de l'iris chez un enfant cachectique, nous n'avons pas vu d'autres malades affectés d'ophthalmie blennorrhagique à l'état d'acuité. Quelques malades nous arrivèrent avec les terminaisons plus ou moins funestes de cette terrible affection ; nous reviendrons plus tard sur un cas de destruction de la totalité de la cornée et de dénudation de l'iris, et sur un autre de staphylôme de l'iris, tous deux produits par l'ophthalmie blennorrhagique traitée dans d'autres établissemens. Nous vîmes des conjonctivites catarrhales, accompagnées de sécrétion muqueuse abondante, et d'un état grenu de la conjonctive, attaquer successivement ou simultanément plusieurs membres de la même famille, exposés aux mêmes causes nuisibles. C'est ainsi que le 3 octobre vint se présenter à notre clinique la nommée Marie-Antoinette Ch..., couturière, avec ses deux enfans âgés de 11 et de 3 ans, tous les trois affectés de blennorrhée modérée de la conjonctive. Cette famille habitait un quartier malsain et très-humide ; la mère et les enfans passaient leurs nuits dans une chambre mal défendue contre la pluie. L'affection se transmit successivement du garçon aîné à la mère et à sa petite sœur. Chez la mère l'ophthalmie catarrhale était compliquée de sclérotite rhumatismale ; chez les enfans, d'habitude scrophuleuse, l'affection avait revêtu quelques caractères spéciaux à l'ophthalmie lymphatique, et se distingua surtout par l'injection catarrho-lymphatique de la conjonctive sclératicale.

Un cas analogue, consigné dans nos registres, est celui de madame D... et de ses deux enfans, tous simultanément affectés de conjonctivite catarrhale, mais à un degré moindre que les précédens. L'affec-

tion data chez l'un des enfans de deux ans, chez la mère de dix-huit mois, et chez l'autre enfant de deux mois. Les instillations d'une solution de sulfate de zinc, jointes à l'usage des purgatifs, triomphèrent promptement de cette affection, endémique pour ainsi dire dans la même famille. Ce traitement simple ne suffit point à combattre l'affection bien plus grave, quoique de même nature, dans le cas qui précède. La phlegmasie intense et compliquée réclama l'application des sangsues au-devant des oreilles, pour les enfans, et une saignée du bras, de quatre palettes, pour la mère. Après avoir fait les émissions sanguines nécessaires, on passa à l'usage externe des collyres saturnins, et à l'usage interne de la teinture de semences de colchique qui, plus tard, pour les enfans, fit place à la solution d'hydrochlorate de baryte.

Ceux qui ont assisté à nos consultations ont pu de nouveau se convaincre de la fréquence des granulations de la conjonctive dans l'inflammation catarrhale de cette membrane, surtout lorsque sa marche est lente. Il est des cas (ce trimestre nous en a amené plusieurs) où la conjonctive de la paupière inférieure est peu injectée; le tiers, la moitié supérieure ou enfin la totalité de la cornée est opaque, d'un aspect chagriné et a perdu son poli; des vaisseaux, s'étendant d'en haut de la circonférence oculaire, se continuent jusque sur la partie opaque de la cornée et la rendent plus ou moins vasculaire. Si l'attention du praticien ne se porte pas ailleurs que sur cette kératite apparente, l'affection résiste opiniâtrément au traitement. En renversant la paupière supérieure, on en trouve la conjonctive couverte de granulations qui prennent toutes les formes, depuis l'aspect pointillé ou velouté jusqu'à de véritables végétations ou fongosités. Ces granulations sont surtout nombreuses et saillantes le long du pli oculo-palpébral et du côté des angles de l'œil. La sensation de gravier ou d'un corps étranger entre les paupières est la plainte principale et souvent unique des malades qui rapportent quelquefois cette douleur, avec une grande exactitude au siége circonscrit des granulations. L'obscurcissement et la vascularité de la cornée ne sont dûs, dans ce cas, qu'au froissement continuel qu'exerce sur la surface du globe oculaire la surface âpre de la partie interne des paupières. Si l'on entreprend le traitement de ces cas en temps utile et avant que la vascularité de la cornée ne se soit transformée en véritable *pannus*, on

réussit souvent à éclaircir le miroir de l'œil sans autres moyens que ceux employés pour faire disparaître l'altération de la conjonctive. Le nombre de ces cas, traités à la clinique, s'est élevé pendant le dernier trimestre à onze. La plupart d'eux ont été promptement guéris. Ceux qui restent en traitement ont éprouvé une amélioration fort notable. Nous n'avons pas encore vu de cas qui ait résisté aux moyens que nous avons proposés le premier pour le traitement de cette affection. Quiconque connaîtra la nature rebelle de cette maladie, quiconque saura que, dans la majorité des cas, son origine remonte à plusieurs mois et même à des années; que, sous le traitement ordinaire, la maladie marche toujours et finit constamment par frapper l'œil de cécité, verra dans les effets prompts et certains de notre médication un triomphe de l'art, qui profite surtout aux malades de la classe pauvre, parmi lesquels cette affection est très-commune. Cette médication consiste dans la destruction des granulations de la muqueuse que l'on pratique à l'aide de la cautérisation avec le nitrate d'argent et avec le sulfate de cuivre. Le dernier surtout est d'un usage très-étendu dans notre clinique. Lors même qu'il existe encore une certaine sensibilité des tissus oculaires, effet du froissement mécanique des granulations, nous ne tardons pas, lors de la diminution des symptômes phlegmasiques aigus, à renverser la paupière et à en toucher hardiment la surface muqueuse à l'aide d'un crayon de sulfate de cuivre. La plupart des malades supportent à merveille l'application de ce cathérétique. Nous y revenons de jour en jour, de deux jours en deux jours, en raison du plus ou moins d'irritation de l'œil. On se priverait dans le plus grand nombre de cas de l'efficacité puissante de la cautérisation, si l'on voulait toujours dès le principe se servir du nitrate d'argent. Ce n'est souvent qu'après avoir habitué la conjonctive aux attouchemens avec le sulfate de cuivre qu'on peut avoir recours à la cautérisation plus énergique et plus pénétrante de la pierre infernale. Cette dernière est nécessaire toutes les fois que les granulations ont acquis un certain volume et résistent à l'application seule du sulfate de cuivre. On n'a pas besoin de revenir aussi souvent à la première de ces applications, toujours plus douloureuse pour le malade que celles faites avec le sulfate de cuivre, dont ils ne se plaignent guère jamais. Nous joignons toujours à la cautérisation l'usage

des collyres astringens avec le sulfate de zinc, de cadmium, de cuivre, ou de pierre divine et des onguens altérans, tels que ceux faits au précipité rouge et blanc. Ce dernier surtout paraît puissamment seconder les effets de la cautérisation. Là où les granulations se présentent sous la forme de véritables végétations fongueuses, la cautérisation seule ne saurait suffire pour les combattre. Il faut ou scarifier la surface granulée ou bien enlever les végétations saillantes à l'aide de ciseaux courbes sur le plat, et ce n'est qu'après avoir nivelé de la sorte la muqueuse de l'œil qu'on peut traiter ces cas par les agens thérapeutiques que nous venons d'indiquer. Pendant le trimestre qui vient de s'écouler, trois à quatre semaines de ce traitement ont quelquefois suffi pour achever la guérison d'ophthalmies chroniques très anciennes et dues à cette cause

Nous irions trop loin si nous voulions donner en détail toutes les observations de cette intéressante affection qui se sont présentées pendant les derniers trois mois à notre clinique. Cependant nous croyons important de citer les deux cas suivans, où les granulations de la conjonctive palpébrale avaient pris un développement tel qu'on le rencontre rarement.

CONJONCTIVITE CATARRHALE CHRONIQUE SUR UN INDIVIDU LYMPHATIQUE; GRANULATIONS VÉGÉTANTES DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE; GUÉRISON PAR L'EXCISION ET LA CAUTÉRISATION.

Obs. I. — Jean-Baptiste M., mennisier, âgé de 18 ans, d'une constitution lymphatique, nez gros, lèvres gonflées, peau spongieuse, cheveux blonds, iris bleu, teint cachectique, dit avoir eu les yeux malades depuis l'âge de dix ans, pendant cinq ans consécutifs. Ses yeux se sont affectés de nouveau, il y a huit mois. Le malade en attribue la cause au séjour dans une chambre à coucher, où pendant le sommeil il se trouvait exposé à des courans d'air. La mère et la sœur du malade ont aussi été longtemps sujettes aux maux d'yeux. Chez la mère nous avons constaté un état velouté de la conjonctive palpébrale.

Voici l'état que présentent les yeux du malade à la visite du 29 décembre.

Œil droit : paupières un peu rouges et enflées; légère photophobie et larmoiement; conjonctive de la paupière inférieure de couleur rouge briqueté, villeuse et granulée; sa surface surtout à l'angle externe et dans le pli palpébro-sclérotical, est parsemée de granulations aplaties, d'un rouge jaune, pâle et presque diaphane, dont plusieurs de la grosseur d'un grain de chenevis ou de millet. Le reste

de la conjonctive palpebrale est comme aspersée de petits points; injection catarrhale discrète de la conjonctive oculaire ; légère zone vasculaire dans la région péricornéo-sclérotidienne, En renversant la paupière supérieure, on découvre un grand nombre de granulations plus volumineuses que celles de la paupière inférieure, semblables à de petites végétations condylomateuses ou hémorrhoïdales, pendantes à la surface de la conjonctive, d'un rouge pâle et disposées en deux ou trois rangées parallèles le long de la base du tarse. Examinées à la loupe, ces végétations ont l'aspect de vesicules jaunâtres et diaphanes, à la surface desquelles viennent se ramifier une infinité de vaisseaux très-déliés.

Etat villeux et grenu de la conjonctive de la paupière inférieure de l'œil gauche.

Sécrétion muqueuse abondante ; vision un peu trouble ; le malade ne se plaint d'aucune douleur. Traité pendant 15 jours à la Charité, on avait combattu l'ophthalmie à l'aide des émissions sanguines locales et de l'application d'un séton à la nuque.

Les végétations les plus volumineuses de la paupière supérieure de l'œil droit furent enlevées le 22 décembre, à l'aide de ciseaux courbés sur le plat; la conjonctive saigna beaucoup ; l'écoulement sanguinolent fut sollicité par des lotions avec l'eau tiède; après que le sang fut étanché, on passa un crayon de nitrate d'argent sur toute la surface granulée ; les végétations, après avoir été détachées de leur racine, avaient l'aspect plus diaphane encore ; disséquées, elles ne présentaient qu'une trame cellulaire, infiltrée d'un liquide sanguinolent.

Les cautérisations, faites alternativement avec le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre, furent continuées journellement; l'amélioration fut rapide; six jours après la première opération, la conjonctive oculaire et la sclérotique de cet œil avaient repris leur blancheur naturelle ; le malade ouvrait librement les paupières; l'œil n'était plus sensible à la lumière.

Le 2 janvier, le malade se plaignant de malaise dans l'œil gauche, on renversa la paupière supérieure de ce côté, dont on n'avait pas encore examiné jusqu'ici la surface conjonctivale, et grande fut notre suprise d'y découvrir également trois végétations pareilles à celles excisées du côté opposé, et occupant le milieu de la base du tarse.

Le 6 janvier, on excisa toutes les granulations de la paupière inférieure du côté droit, et celles de la paupière supérieure du côté gauche.

Le 18 janvier, enfin, on en excisa encore plusieurs de la paupière supérieure droite, qui, cachées sous le grand pli palpébral, avaient échappé à l'observation ; la conjonctive des quatre paupières est presque revenue à l'état normal. Cependant le malade reste encore en traitement, et on répète journellement la cautérisation avec le sulfate de cuivre, Pour prévenir les récidives, faciles à cause de la constitution lymphatique de l'individu, on l'a soumis à l'usage interne de l'hydro-

chlorate de baryte, auquel on associe une révulsion opérée au moyen de frictions de pommade stibiée à la nuque.

GRANULATIONS FONGUEUSES DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE ; GUÉRISON PAR L'EXCISION, SUIVIE DE CAUTÉRISATION.

Obs. II. — Une religieuse de l'hôpital St-Antoine nous amena le 19 décembre une demoiselle âgée de 30 ans, et affectée de granulations de la conjonctive palpébrale de l'œil gauche. A la paupière supérieure les granulations avaient dégénéré en une fongosité du volume d'une lentille, de forme aplatie, et attachée à la conjonctive par une espèce de pédicule ; cette fongosité fut enlevée à l'aide de ciseaux courbes et la plaie cautérisée avec le nitrate d'argent ; la tumeur fongueuse, examinée après l'excision, était d'un rose pâle, diaphane, un peu lobulé et paraissait être composée d'une trame cellulaire ; la cautérisation fut répétée les jours suivans. Après dix jours de traitement, il s'était formé à la place du fongus une cicatrice étoilée ; le reste de la conjonctive n'était plus que légèrement velouté. On recommanda à la malade, au moment de son départ pour la province, de continuer elle-même la cautérisation de la conjonctive palpébrale à l'aide du sulfate de cuivre, et d'en seconder les effets par les instillations de laudanum de Sydenham entre les paupières.

§ III. *Ophthalmie scrophuleuse.*

La conjonctivite scrophuleuse est une affection tellement fréquente et d'observation si facile que nous craindrions de lasser la patience des lecteurs en rapportant des faits que tout le monde a l'occasion de constater journellement.

Si la conjonctivite en général ne présente guère de difficultés à l'observation, elles sont au contraire très-nombreuses quant à ce qui concerne l'examen consciencieux de la kératite. Il est certainement fort aisé de trancher le mot et d'admettre l'inflammation de la cornée partout où le miroir de l'œil présente quelque trouble ou quelque altération accompagnée d'autres phénomènes d'irritation. Le diagnostic ne gagne pas plus que la thérapeutique à des définitions aussi vagues des maladies. Nous avons toujours soin de déterminer le siége de l'inflammation et nous distinguons à cet égard l'inflammation de la conjonctive cornéale ou kérato-conjonctivite, l'inflammation de la substance de la cornée, et enfin celle qui intéresse simultanément l'épithelium et les lames de cette

membrane. Les formes de la kératite ne sont guères moins polymorphes que celles de la conjonctivite. C'est précisément cette diversité de formes, se manifestant à l'extérieur par des symptômes particuliers, qui nous fait présumer l'influence de causes spéciales et de certaines dyscrasies sur la modification de cette phlegmasie.

La kératite scrophuleuse surtout affecte des formes distinctes dont plusieurs ont été observées à la clinique pendant le trimestre qui vient de se passer. La kérato-conjonctivite a été plus fréquente que l'inflammation de l'épaisseur totale de la cornée. Dans le cas le plus simple l'un ou l'autre vaisseau de la conjonctive se prolonge et se perd pour ainsi dire sur le feuillet conjonctival de la cornée. Lorsque le nombre de ces vaisseaux prolongés sur la cornée augmente, ils s'amassent en un petit faisceau pareil aux faisceaux triangulaires de l'injection lymphatique de la conjonctive sclérotícale, et se terminent au centre de la cornée par un soulèvement de la conjonctive cornéale ou par un épanchement interlamellaire qui peut s'ulcérer. Nous avons vu de ces faisceaux vasculaires qui présentaient une forme très-régulièrement triangulaire, le sommet tourné vers le centre de la cornée et la base vers la jonction de la sclérotique et de la cornée, où le faisceau se continue avec celui de la conjonctive sclérotícale de sorte que les bases de ces triangles se confondent. D'autres fois l'injection du feuillet conjonctival est plutôt parallèle que triangulaire et prend la forme d'un petit ruban. Plusieurs de ces faisceaux vasculaires peuvent traverser la conjonctive cornéale en diverses directions. Dès que la kérato-conjonctivite commence à se propager aux lames profondes de la cornée, il s'y joint constamment et sans exception l'injection et l'inflammation de la sclérotique. Souvent la partie la plus excentrique de la cornée devient alors vasculaire ; les vaisseaux de la conjonctive et de la sclérotique se continuent dans les feuillets superficiels et profonds de la cornée en forme de pointes verticales, parallèles et tellement serrées que souvent on n'en distingue les ramifications qu'avec difficulté. La partie excentrique de la cornée qui a acquis un pareil degré de vascularité paraît former quelquefois une espèce de bourrelet qui borde un épanchement interlamellaire ou une ulcération de cette membrane.

La kératite que nous appelons primitive et non vasculaire ou l'in-

flammation primitive des lames de la cornée s'est présentée plusieurs fois à l'observation. Nous avons eu occasion de constater que cette forme n'est pas exclusivement de nature scrophuleuse. Deux fois nous l'avons rencontrée sur des individus arthritiques, et une fois son origine parut être due à l'affection vénérienne. Elle se déclara chez un homme âgé de 25 ans et d'un tempérament sanguin à la suite de chancres au pénis et d'ulcères à la gorge. Depuis une quinzaine de jours il disait avoir la vue troublée. Les feuillets profonds de la cornée parurent comme couverts de petits points blanchâtres ; l'opacité du miroir de l'œil donna à la pupille et à l'iris un aspect fauve qui, à un examen superficiel et au premier coup d'œil pouvait faire croire à un commencement d'iritis. Les pupilles cependant étaient dilatées. La conjonctive et la sclérotique ne présentaient pas la moindre trace d'injection. Le malade ne se plaignait ni de douleur, ni de sensibilité à la lumière. Comme il manquait des moyens nécessaires pour se faire traiter chez lui, nous fûmes obligé de le recommander à M. J. Cloquet pour le faire recevoir à l'hôpital de l'école.

La kératite offrait presque toujours une marche chronique. Elle nous a paru plus fréquente chez des individus de constitution torpide que chez des individus irritables. Elle opposait plus de résistance aux moyens curatifs que la conjonctivite et la sclérotite. Un grand nombre des cas de kératite nouvellement venus pendant le trimestre à la clinique se trouvent encore en traitement. Cependant le traitement de cette affection, entrepris en temps utile et suivi avec assiduité, donne des résultats d'autant plus heureux que la kératite abandonnée à elle-même ne manque jamais d'occasionner des altérations accompagnées de l'abolition totale ou partielle de la faculté de voir. Il a fallu, pour combattre cette affection avec succès, revenir souvent aux émissions sanguines malgré l'air cachectique des malades. L'emploi des mercuriaux a été très-étendu. Les antilymphatiques les plus énergiques, les antimoniaux, l'hydrochlorate de baryte et les préparations iodurées furent nécessaires pour déraciner le travail dyscrasique qui ne cessait pas d'entretenir l'irritation du tissu fibreux et presque cartilagineux de la cornée. Les topiques, dont on fait généralement un usage si mal entendu dans ce genre d'affections, ne trouvèrent place que dans la période chronique de la

kérato-conjonctivite simple, et non accompagnée de sclérotite. La kératite primitive et non vasculaire, et la kératite secondaire ou vasculaire ne manquent jamais de s'aggraver par les stimulans appliqués directement sur l'œil ou sur les paupières. La sclérotique qui n'offrait point d'injection dans la kératite primitive ne tarde pas à s'enflammer, il s'y joint de la photophobie, et on est forcé de revenir à des mesures antiphlogistiques rigoureuses. Il n'y a que les terminaisons de la kératite et surtout les épanchemens interlamellaires de la cornée qu'il est permis d'attaquer par ces moyens, et encore faut-il laisser passer entièrement la période d'irritation, avant d'en venir à leur emploi, si l'on ne veut pas réveiller la réaction à peine éteinte.

§ IV. *Crystalloïdite* (*périphakite*), *irido-périphakite et iritis.*

Nous avons, dans le tableau numérique des malades, indiqué séparément les chiffres de l'irido-périphakite (inflammation de la surface postérieure de l'iris et de la capsule antérieure) et de l'iritis, pour faire voir que la première de ces affections, communément confondue avec l'iritis ou désignée sous le nom d'uvéite, n'est guères moins fréquente que la véritable inflammation de l'iris. Dans ces chiffres nous avons compris tous les cas d'iritis qui se sont développés primitivement dans ce diaphragme, en en excluant ceux qui venaient compliquer consécutivement l'inflammation de l'une ou de l'autre membrane oculaire. La distinction de l'irido-périphakite et de l'iritis nous paraît essentielle. La première prend, selon nous, bien souvent son point de départ dans la capsule du crystallin seule, et n'intéresse l'iris que secondairement, à cause de leur contiguité, dans les altérations auxquelles elle donne lieu. L'inflammation de la capsule, il est vrai, peut se transmettre à la surface postérieure de l'iris; cependant le peu de modification dans la texture et dans la couleur de l'iris en pareils cas justifie les doutes que nous impose l'observation scrupuleuse des faits. D'un autre côté la nature séreuse de la capsule explique suffisamment le développement insidieux de sa phlegmasie, l'absence presque constante de vascularité et l'exsudation rapide de matière plastique à la surface de la capsule, qui en trouble la diaphanéité et établit des adhérences avec l'iris. L'analogie de la kératite primitive et de l'inflammation de la capsule est

complète sous ce rapport. L'irido-périphakite est, selon notre expérience, souvent la cause des cataractes capsulaires et de la synéchie postérieure.

Le pigmentum de l'uvée joue un rôle très-important dans l'irido-périphakite et occasionne des phénomènes fort curieux. Les adhérences qui, à la suite de cette inflammation, se forment entre le bord pupillaire et la capsule antérieure sont presque toujours plus ou moins couvertes et mêlées de pigmentum. Cette matière se dépose quelquefois en points disséminés sur la capsule et produit ainsi une cataracte capsulaire pigmenteuse pointillée. D'autres fois, l'ouverture pupillaire, en se dilatant vers le déclin de l'inflammation, tiraille forcément les adhérences, qui collent son bord à la capsule et leur donne l'aspect de rayons brunâtres très-déliés, qu'on prendrait, soit pour la continuation des rayons de l'iris, soit pour des vaisseaux se rendant de l'iris à la capsule. Cette altération fut constatée à un dégré fort remarquable dans l'observation suivante :

CATARACTE PIGMENTEUSE ET SYNÉCHIE POSTÉRIEURE PAR SUITE D'UNE IRIDO-CRYSTALLOÏDITE.

Obs. I. — Jean-Edouard D., natif de Bombai, âgé de 25 ans, d'une constitution sanguino-cholérique, chevelure noire, teint brunâtre, a perdu l'œil gauche, il y a dix ans, par l'effet d'une inflammation, dont la cause lui est restée inconnue; cet œil est atrophié; l'œil droit qui s'enflamma simultanément avec celui du côté opposé, présente le 12 octobre 1836 l'état suivant :

Légère opacité nébuleuse du tiers inférieur de la cornée; chambre antérieure très-ample; iris brun; fibres du petit cercle convergentes et tendues vers le bord pupillaire; iris tiré en arrière en forme d'entonnoir; bord de la pupille irrégulier et collé dans toute sa circonférence à la paroi antérieure de la capsule; rayons de l'iris écartés et paraissant se prolonger au-delà de la marge pupillaire, et se continuer sur la crystalloïde antérieure, disposition qui, à un examen superficiel, leur donne l'aspect de vaisseaux étendus de l'iris à la capsule. Cette dernière est opaque et grisâtre; une ouverture noire, à peine de la grandeur d'une petite tête d'épingle et située en haut et en dehors, est tout ce qui reste de la pupille. C'est à travers cette ouverture minime que le malade voit; centre de la capsule couvert d'une plaque brunâtre de pigmentum, qui est sans liaison avec les adhérences rayonnées que nous venons de décrire; la petite pupille est susceptible de contraction et de dilatation. Le malade sait lire en instillant de la belladone.

La facilité avec laquelle le pigmentum se détache de la surface postérieure de l'iris explique pourquoi cette membrane, en se dilatant, laisse souvent une portion de pigmentum collée sur la capsule antérieure, surtout lorsque celle-ci est couverte d'une matière albumineuse et gluante, produit de l'exsudation plastique. Cependant il reste à savoir si le travail phlegmasique de la surface postérieure de l'iris ne modifie en rien la sécrétion du pigmentum, s'il ne contribue pas plus ou moins à la séparation plus facile de cette matière de la surface qu'elle recouvre, si des particules de pigmentum détachées et suspendues dans l'humeur aqueuse ne peuvent pas se précipiter quelquefois sur la capsule, sans que l'iris ait déjà été collé à cette dernière. Ce qui nous porte à émettre ces suppositions sous forme de doute, c'est que nous avons quelquefois vu dans ce genre de phlegmasie, une sorte de dissémination de molécules de pigmentum sur la capsule et surtout sur son centre, qui s'expliquerait difficilement d'après la première manière d'envisager ce phénomène.

L'iritis d'origine syphilitique est dans la majorité des cas parenchymateuse. Cependant le trimestre qui vient de finir nous a amené plusieurs cas où l'inflammation vénérienne de l'iris paraissait circonscrite à la surface postérieure de cette membrane et à la capsule (irido-périphakite) sans s'emparer du parenchyme irien. Tels furent les cas de la femme d'un horloger, âgée de 49 ans, et affectée antérieurement à l'iritis de bubons et de chancres; celui d'un employé, âgé de 25 ans, atteint de cette inflammation à la suite d'une orchite vénérienne, et portant encore sur le front les traces d'une syphilide; et enfin celui d'un ouvrier tisserand, âgé de 29 ans, affecté, consécutivement à des ulcères vénériens au pénis, d'une irido-périphakite de l'œil gauche, accompagnée d'adhérences de l'iris à la capsule, qu'un chirurgien très-célèbre de la capitale chercha follement à détruire à l'aide d'une opération par l'aiguille. L'opération fut naturellement suivie de la perte de cet œil, et le malade se présenta à notre clinique avec l'affection analogue de l'œil droit. Chez ces trois individus, où l'origine syphilitique de l'inflammation de l'iris ne put guère être révoquée en doute, on n'observa point d'altération notable, ni de la texture rayonnée, ni de la couleur de cette membrane. L'iris était immobile;

la pupille difforme et bordée par un anneau concentrique de matière plastique, ou bien, plusieurs petites adhérences en forme de languettes triangulaires et enduites de pigmentum, se prolongeaient du bord pupillaire sur la capsule; le reste de cette dernière avait conservé sa transparence.

Une circonstance qui nous paraît digne de remarque, parce qu'elle a eu lieu dans tous les cas dont nous venons de parler, et dans un quatrième cas d'iritis syphilitique parenchymateuse, cité dans une thèse récente traitant de cette affection (1), c'est sa complication avec des phénomènes de congestion rétinienne ou de véritable rétinite. C'est ainsi que le tisserand, cité plus haut, était sensible à la lumière et distinguait mieux les objets dans l'appartement que dans la rue. L'employé, dont nous avons parlé, voyait des mouches au moment où il passait d'un endroit éclairé à un endroit sombre. La femme de l'horloger voyait des ronds de feu en fermant les yeux ou en se mouchant le nez. Dans le cas cité par M. Capuron, la congestion rétinienne était marquée d'une manière bien éclatante.

La distinction de l'irido-périphakite et de l'iritis n'a pas eu d'influence sur le traitement de l'une ou de l'autre de ces affections. Les émissions sanguines générales et locales furent employées conjointement avec les frictions mercurielles et belladonisées et l'usage interne des purgatifs et du calomélas à petites doses. Ces moyens furent continués tant que l'affection phlegmasique conservait un certain degré d'acuité. Dès qu'elle eut baissé d'intensité, on s'empressa d'administrer le deuto-chlorure de mercure à l'intérieur, en pilules, en doses progressives d'un huitième de grain jusqu'à un grain par jour, dans le but de neutraliser le virus qui entretenait l'inflammation spéciale de l'iris. Cette médication fut secondée d'un régime chaud, diaphorétique, d'une diète sévère et presque exclusivement végétale, et enfin de l'usage d'une tisane de bois sudorifiques, de salsepareille, de sassafras, etc. A la moindre récrudescence des phénomènes phlegmasiques, on eut de nouveau recours à l'application de sangsues derrière

(1) Capuron, thèse sur l'iritis syphilitique. Paris, 1836.

les oreilles ou aux saignées générales. Pendant toute la durée du traitement on ne cessa pas de continuer les frictions d'onguent napolitain et d'extrait de belladone sur la région orbito-frontale ou sur les tempes : c'est ainsi qu'on empêcha l'exsudation plastique dans la pupille de se former, ou qu'on réussit quelquefois à détruire les adhérences qui obstruaient déjà cette ouverture. Il n'est guère nécessaire de dire que les prodromes de la salivation, et la salivation même survenue durant l'usage des mercuriaux, furent traitées d'après les règles de l'art généralement connues.

Les cas d'iritis séreux, d'iritis arthritique et d'iritis rhumatique, furent trop isolés pendant ces derniers trois mois, pour que nous ayons lieu de nous en occuper présentement.

§ V. *Choroïdite ; ophthalmie arthritique ou abdominale ; glaucôme.*

Nous avons rapporté ailleurs (voir *Journ. hebd.*, déc. 1836) plusieurs observations intéressantes de choroïdite, extraites des registres de la clinique ; nous croyons donc pouvoir nous abstenir pour le présent de rappeler les inductions qui en résultent et que nous avons rassemblées dans un mémoire complet sur l'inflammation de le choroïde.

Ajoutons seulement que les cas observés postérieurement aux faits qui ont fait la base de ce travail, ont pleinement confirmé nos vues sur cette inflammation grave et dangereuse.

L'histoire de l'ophthalmie arthritique et celle du glaucôme sont étroitement liées à la description de la choroïdite. Nous avons cherché à prouver à différentes fois que l'ophthalmie arthritique n'est qu'une forme compliquée de choroïdite, tandis que le glaucôme en est une terminaison. Il est impossible de parler de l'une de ces affections sans s'occuper en même temps des autres.

Les observations recueillies pendant le trimestre passé viennent prouver de nouveau que l'ophthalmie, appelée arthritique par Beer et ses élèves, est loin de devoir son origine exclusivement à la complication de l'affection oculaire avec la goutte. Toute anomalie dans la circulation veineuse du bas-ventre est apte à donner lieu à cette forme. Nous di-

rons même que les irrégularités dans le flux menstruel ou hémorrhoïdal nous ont paru une cause bien plus fréquente de l'ophthalmie arthritique et du glaucôme que l'arthritis proprement dit.

Nous avons eu occasion de voir l'ophthalmie arthritique souvent débuter par une conjonctivite catarrhale, dont quelques caractères annonçaient d'avance le caractère grave de l'affection. La couleur foncée ou veineuse, le calibre extraordinaire et la flexuosité des vaisseaux conjonctivaux, les arcades formées par eux, leur confluence et leur terminaison brusque avant d'arriver à l'arc précornéen, enfin la présence du cercle arthritique autour de la cornée, et les douleurs susorbitaires éveillèrent toujours nos craintes, souvent confirmées par la suite, de ce qu'une choroïdite vînt ou fût venue compliquer le catarrhe de la muqueuse oculaire. L'ophthalmie catarrhale ou rhumatismale est donc souvent, nous le répétons, une des racines d'où éclôt l'ophthalmie arthritique. En se transmettant de la conjonctive et de la sclérotique à la cornée, à l'iris et à la choroïde, l'inflammation devient dangereuse et souvent rebelle au traitement le mieux dirigé et le plus énergique. C'est donc au début même et avant que la phlegmasie des membranes externes ait pris cette extension, qu'il faut déployer l'appareil combiné des moyens antiphlogistiques et antiarthritiques, pour prévenir des conséquences irréparables. Les deux observations qui suivent témoignent de l'efficacité prompte d'un traitement rationnel en pareilles circonstances.

OPHTHALMIE ARTHRITIQUE ; GUÉRISON RAPIDE ; COMMENCEMENT DE GLAUCÔME.

Obs. I. — Marianne G., âgée de 52 ans, d'une constitution athlétique, figure extrêmement colorée, iris et chevelure bruns, n'a plus ses règles depuis quatre ans. A dater de cette époque, elle souffre de l'œil droit, de céphalalgie et de maux d'estomac.

Le 7 décembre, jour où elle vient pour la première fois à la clinique, les douleurs sont atroces et s'irradient sur tout le côté affecté jusqu'à l'occiput ; photophobie, blépharospasme et larmoiement très-intenses ; injection variqueuse de la conjonctive et de la sclérotique ; cercle arthritique d'un quart de ligne de largeur, qui entoure toute la cornée. Il est impossible, à cause de la photophobie, de constater l'état de la cornée, de l'iris et des parties profondes de l'œil.

On ordonne une saignée de cinq palettes ; le lendemain, une application de 20 sangsues à l'apophyse mastoïde du côté droit ; à l'intérieur, une bouteille d'eau de

Sedlitz ; l'usage de bains de pieds à la farine de moutarde et de trois en trois heures les frictions d'onguent napolitain et d'extrait de belladone sur la région orbito-frontale.

Le 8 décembre, l'injection conjonctivo-sclérotícale a presque entièrement disparu; plus de photophobie et presque plus de douleurs ni dans l'œil, ni dans la tête. La malade a senti le mieux dès le moment que la veine du bras fut ouverte ; il reste encore le cercle arthritique autour de la cornée ; l'iris, qu'on ne put examiner la veille à cause de l'extrême sensibilité à la lumière, présente un aspect marbré ; sa teinte brunâtre est entremêlée de petites taies bleu d'ardoise ; dans le fond de l'œil on découvre une opacité glaucomateuse fort prononcée. On conseille à la malade de continuer les frictions ; on lui prescrit à l'intérieur l'usage de la teinture de semences de colchique.

Le 12 décembre, toute trace de conjonctivite et de sclérotite a disparu ; la teinte glaucomateuse du fond de l'œil persiste ; la vision de ce côté est troublée l œil gauche est sain.

OPHTHALMIE ARTHRITIQUE CHRONIQUE ; ULCÈRE DE LA CORNÉE ; HYPOPYON ; GUÉRISON RAPIDE.

Obs. II. — Adrien-François G., marchand colporteur, âgé de 59 ans, d'une constitution pléthorique, figure très-rouge et injectée, est sujet aux douleurs rhumatismales dans les membres, qui s'aggravent pendant la mauvaise saison ; il sent la tête tantôt chaude, comme si elle était couverte de charbons ardens, et tantôt froide, comme la glace. Les genoux et les coudes sont depuis dix ans couverts de croûtes de psoriasis.

Ses yeux ont commencé à s'affecter il y a trois ans ; depuis huit mois le malade n'a pas cessé d'y souffrir. Le malade vient le 18 novembre chercher des secours à la clinique.

L'œil droit n'est pas injecté ; la cornée offre une taie centrale nébuleuse ; sur le centre de la capsule de cet œil s'élève une végétation blanchâtre (cataracte capsulaire centrale).

L'œil gauche présente l'état suivant : conjonctive palpébrale villeuse et d'un rouge pourpre ; conjonctive sclérotícale légèrement chémosée; bords de la cornée transversalement ovalaires et masqués en partie par la conjonctive tuméfiée ; son centre offre un ulcère ovalaire à bords déchiquetés et en forme d'entonnoir, avec un fond blanchâtre ; une petite quantité de pus se trouve déposée au fond de la chambre antérieure ; l'iris bleuâtre commence à se décolorer ; la pupille est un peu transversalement déviée.

Les douleurs de tête s'étendent du front jusqu'à l'occiput ; épiphora ; photophobie ; vision presque nulle de l'œil gauche.

On ordonne une application de vingt sangsues à l'anus, la teinture de semences de colchique à l'intérieur, pour en prendre vingt gouttes quatre fois par jour, et les frictions sur le front avec une pommade composée de parties égales d'extrait de belladona et d'onguent mercuriel.

21 novembre. Le colchique a provoqué des selles en telle abondance, qu'on est obligé d'avoir recours à des moyens mucilagineux pour diminuer le flux du ventre. L'amélioration de l'œil est très-marquée ; l'injection de la conjonctive sclérotiçale, qui avait été confluente, est devenue discrète ; on distingue les vaisseaux flexueux de la conjonctive ; l'ulcère de la cornée a diminué et est rempli au centre d'une matière grisâtre, élevée un peu en relief sur le niveau de la cornée ; l'iris a repris sa couleur naturelle ; le pus de la chambre antérieure est résorbé. On ordonne les frictions de tartre stibié derrière les oreilles, pour provoquer une révulsion.

La guérison est complète le 30 novembre ; il ne reste de l'inflammation que les anciennes taies de la cornée.

Le glaucôme se développe tantôt sous l'influence d'une ophthalmie arthritique ou d'une choroïdite dont la marche ne présente presque point de rémissions ; tantôt il est accompagné de phénomènes phlegmasiques, manifestant un certain caractère périodique ; tantôt il se développe lentement et sans phlegmasie bien évidente ; quelquefois enfin la marche apyrétique est subitement interrompue par un véritable accès d'inflammation aiguë, durant laquelle l'altération profonde de l'œil fait des progrès notables.

DÉVELOPPEMENT INSENSIBLE DU GLAUCÔME ; ACCÈS DE CHOROÏDITE AIGUE APRÈS SA FORMATION ; EFFICACITÉ PROMPTE D'UN TRAITEMENT ÉNERGIQUE.

Obs. I. — Louis-Nicolas L., coiffeur, âgé de 45 ans, d'une constitution nerveuse et lymphathique, vient le 24 octobre 1836, réclamer des secours à la clinique. La vue de l'œil gauche s'est perdue depuis trois mois sans douleurs et sans que le malade y ait éprouvé d'autre sensation qu'une espèce de mouvement oscillatoire.

La figure du malade porte l'expression des plus violentes souffrances ; il a constamment les mains appliquées sur l'œil gauche, dont il cherche à apaiser les douleurs par la pression ; celles-ci durent depuis trois jours ; elles sont sourdes, mais continuelles et paraissent siéger dans l'orbite derrière le globe de l'œil et dans la région circum-orbitaire ; les bords des paupières sont gonflés et injectés ; la conjonctive palpébrale est rouge et velourée ; la conjonctive sclérotiçale est

couverte d'un lacis vasculaire pourpre et variqueux ; la sclérotique est le siège d'une zone vasculaire, dont les ramifications se bifurquent et ne sont pas très-serrées; un cercle arthritique fort étroit entoure la circonférence de la cornée: la partie inférieure de la substance de la cornée est infiltrée de sang ; l'iris brun est décoloré et sale ; la pupille est dilatée, immobile et ovalaire ; derrière cette ouverture on découvre une opacité glaucomateuse ; le globe de l'œil est sensible au toucher ; cécité complète de cet œil ; point de photopsies, mais photophobie considérable ; le pouls n'est pas accéléré. Le malade n'a pas eu de frissons ; point de chaleur à la peau.

Le malade attribue l'origine de son mal à des coups qui lui ont été portés à la tête et à l'œil dans une rixe, il y a dix mois A dater de cette époque, sa vue s'est affaiblie ; il se rappelle obscurément avoir eu dans son enfance quelques affections de nature lymphatique (engorgemens glandulaires). Pendant ses années de service militaire, il a été souvent exposé à l'humidité. Jamais il n'a eu ni affections hémorrhoïdales, ni goutteuses, ni maladies vénériennes, ni dartreuses.

On ordonne une saignée du bras de quatre palettes, le calomélas à un demi-grain avec un huitième de grain d'opium à l'intérieur de deux heures en deux heures, et les frictions sur le front, chacune de trois grains d'opium avec autant de calomélas, réitérées d'heure en heure.

21 octobre. Les douleurs ont cessé; l'injection de la conjonctive a diminué; le sang épanché entre les feuillets de la cornée est complétement résorbé ; l'iris présente un aspect tacheté ou tigré ; la pupille reste glaucomateuse. Application de quinze sangsues au-devant de l'oreille gauche ; continuation du reste du traitement.

22 octobre. Recrudescence des douleurs, de la photophobie et de la rougeur. On ordonne une nouvelle saignée de quatre palettes, en même temps qu'on persiste dans la continuation des autres moyens.

Cette médication ayant délivré le malade de ses souffrances, il ne retourne à la clinique que le 4 décembre, où nous constatons l'état suivant de son œil :

Absence presque totale d'injection sclérotical et conjonctivale, sauf quelques légères traces de vascularités variqueuses ; pupille très-dilatée et perpendiculairement ovalaire; bord noir de l'uvée renversé en dehors et tranchant avec l'opacité visible derrière la pupille ; iris rétracté vers le corps ciliaire ; opacité glaucomateuse complète ; l'œil droit ne présente rien d'anormal, l'iris est brun, parfaitement sain, mobile ; la vision n'est point troublée. Le malade ressent encore de temps à autre des élancemens dans l'œil gauche On lui recommande une application mensuelle d'un certain nombre de sangsues à l'anus, de se purger de quatre en quatre jours avec l'eau de Sedlitz, et de prendre dans les intervalles des pilules d'aloës et de soufre sublimé ; une révulsion est établie à la nuque à l aide d'un cautère. Nous n'avons plus revu le malade depuis.

GLAUCÔME A LA SUITE DE LA SUPPRESSION DU FLUX MENSTRUEL ; CHOROIDITE AIGUE.

Obs. II. — Madame P..., âgée de 45 ans, d'une constitution nerveuse, taille petite, ne se souvient pas avoir été malade. Jamais elle n'a eu mal aux yeux. A la suite d'un bain qu'elle prit, il y a quatre mois (15 août), immédiatement après les règles, cette excrétion sanguine, régulière jusqu'alors, fut supprimée pendant trois mois, et ne reparut que huit jours après le commencement de l'affection oculaire. Ses yeux s'enflammèrent, il y a trois semaines. A dater de cette époque la malade fut continuellement en proie à des douleurs atroces de la tête, surtout violentes pendant la nuit. Jamais la malade n'a eu ni affection goutteuse, ni hemorrhoïdale ; une odeur infecte s'exhale de sa bouche, odeur pareille à celle des personnes qui salivent après l'usage des mercuriaux.

Les saignées générales et locales, les frictions mercurielles avaient été tentées infructueusement, sans avoir mitigé les souffrances de la malade. La malade nous est présentée le 20 décembre ; nous trouvons les deux yeux affectés de glaucôme. Injection variqueuse et fasciculaire de la conjonctive, vaisseaux d'un rouge foncé, cercle arthritique très-large qui entoure la cornée et en sépare rigoureusement le disque de l'injection vasculaire ; ce cercle est de couleur blanc de craie, comme si les contours de la cornée avaient été exposés à la macération par l'eau. Pupille extrêmement dilatée ; iris rétracté et d'un brun sale, entremêlé de plaques irrégulières, grisâtres et nacrées ; teinte glaucomateuse, verdâtre foncée et sale du fond de l'œil. Les deux yeux présentent des phénomènes uniformes. Il y a peu de photophobie. La vision de l'œil gauche est nulle ; à peine la malade voit-elle encore de l'œil droit l'ombre des objets à grande dimension.

Calmer les douleurs, diminuer les souffrances de la malade moyennant les frictions d'opium sur le front et établir une dérivation sur le système utérin au moyen de saignées révulsives, voilà tout ce que nous pûmes obtenir de la médication. Il fut impossible d'enrayer la marche progressive de l'affection glaucomateuse.

GLAUCÔME DE L'OEIL DROIT ; OPHTHALMIE ARTHRITIQUE DE L'OEIL GAUCHE.

Obs. III. — Chez une blanchisseuse, âgée de 57 ans qui avait perdu les règles à l'âge de 45 ans et qui avait des hémorrhoïdes non fluentes, l'œil droit était affecté de glaucôme complet, en même temps que l'œil gauche offrait une ophthalmie arthritique. L'origine de l'affection oculaire datait de trois mois ; elle était survenue après des douleurs rhumatismales, accompagnées de douleurs lancinantes dans la tête. L'œil droit est totalement aveugle depuis deux mois ; l'iris est presque tout-à-fait rétracté et a disparu en haut ; en bas il ne reste qu'un limbe fort étroit et décoloré de ce diaphragme. Le bord de la cornée est bleuâtre ; on

aperçoit au fond de l'œil une teinte vert de mer. L'œil commence à s'atrophier.

L'œil gauche présente une injection conjonctivale, composée de vaisseaux gros, confluens et cachant la sclérotique. Cette injection est accompagnée de photophobie et d'un épanchement interlamellaire de forme semi-lunaire à la partie inférieure de la cornée.

L'ophthalmie arthritique de cet œil cède après trois semaines à une saignée de bras de quatre palettes, suivie de l'application réitérée de sangsues à l'anus, aux frictions du front avec l'onguent napolitain et l'extrait de belladona et à l'usage interne du colchique. Le glaucôme de l'œil gauche n'éprouve pas de changement sous l'influence de cette médication.

La marche du glaucôme de l'œil gauche a été très-rapide. L'affection de l'œil droit aurait indubitablement pris la même tournure, si un traitement énergique n'était pas venu à temps enrayer les progrès de la phlegmasie.

Il nous serait facile de multiplier les observations de glaucôme. Celles-ci suffiront pour indiquer la marche que cette maladie peut affecter en diverses circonstances, et les rapports qui existent entre elle, l'ophthalmie arthritique et la choroïdite. Nous appellerons plus particulièrement l'attention sur un phénomène qui s'est montré presque constamment dans tous les cas de glaucôme, et qui n'a pas encore été signalé dans la description de cette désolante affection ; nous voulons parler de ces plaques ou taches d'un gris d'ardoise et nacrées qui donnent à l'iris un aspect tigré ou marqueté très-remarquable. Ce phénomène paraît être dû à l'amincissement du tissu irien et à la disparition partielle de la couche pigmenteuse dont sa surface postérieure est enduite. L'altération de la couleur et de la texture de l'iris font supposer un changement analogue dans la choroïde, constaté d'ailleurs par de nombreuses recherches d'anatomie pathologique. Il n'est plus douteux aujourd'hui que l'affection choroïdienne ne soit le point de départ des lésions qui constituent la glaucôme.

Le traitement dirigé contre le glaucôme n'a eu d'autre résultat que celui d'abréger les souffrances des malades et de combattre la phlegmasie qui a précédé ou accompagné le développement de l'affection ou qui s'est exaspérée de nouveau quand le travail désorganisateur paraissait avoir déjà parcouru toutes ses phases. Il est malheureusement trop probable que toutes les lumières que l'anatomie pathologique promet de jeter sur la nature du glaucôme ne nous suggéreront guère de moyen pro-

pre à guérir cette affection, toujours incurable lorsqu'elle est devenue complète.

III. DEUXIÈME SÉRIE DES PRINCIPAUX FAITS CLINIQUES.

Amauroses et autres affections de l'appareil nerveux de l'organe visuel.

Parmi les chiffres des malades traités à notre clinique pendant les derniers mois de 1836, celui des amauroses est un des plus élevés. Dans ce nombre, la prédominance de l'espèce congestive est extrêmement marquée. Quelques professions ne paraissent pas sans influence sur la production de cette affection désolante. C'est ainsi que la profession de couturière nous a fourni cinq cas d'amblyopie congestive, et quatre d'autre nature; celle de cordonnier trois cas d'amblyopie congestive.

Nous avons eu occasion de constater la triste prérogative des yeux à iris brun ou foncé, ou à constitution veineuse pour l'amaurose et l'amblyopie irritative. La plupart des individus qui vinrent nous consulter pour cette affection, furent de l'âge de 30 à 50 ans. Les irrégularités du flux menstruel et hémorrhoïdal, l'âge critique chez les femmes et la même époque de la vie chez les hommes furent dans une grande majorité des cas accompagnés d'un commencement de déclin dans la vue. Rarement les symptômes de congestion n'apparurent que dans l'organe visuel. La congestion rétinienne était presque toujours accompagnée de signes non équivoques de polyémie cérébrale, de maux de tête périodiques ou continus, de coloration extraordinaire de la face, d'insomnie, d'étourdissemens, de tintemens d'oreilles, de surdité partielle ou totale, d'engourdissement des membres, de palpitations de cœur, etc. Ces symptômes ont quelquefois fait des rémissions ou des intermittences après une perte périodique de sang par le système utérin, par l'anus, par le nez. L'œil ne s'était affecté que depuis la suppression de ces pertes sanguines. Les principaux phénomènes visuels en pareil cas furent : phantasmes brillans, oscillans, diversement coloriés, photopsies, intolérance de la lumière, aggravation des symptômes au grand jour.

Une des complications les plus fréquentes de l'amblyopie congestive,

surtout à l'âge de retour, a été la conjonctivite chronique. La même cause qui appelait l'abord du sang vers le cerveau et vers la rétine, le portait aussi vers la muqueuse de l'œil. Nous ne chercherons point, dans cet article purement pratique, à expliquer cette espèce d'affinité morbide qui existe entre la rétine et la conjonctive.

Une autre complication moins fréquente que la précédente, mais plus remarquable encore est celle de l'amblyopie congestive avec l'inflammation du crystallin et de sa capsule. Le cas suivant nous en fournit un exemple.

AMBLYOPIE CONGESTIVE; CONGESTION CÉRÉBRALE; CRYSTALLOÏDITE.

Obs. — Mademoiselle D., couturière, âgée de 36 ans, d'une constitution pléthorique, forte en apparence, cheveux noirs, iris brun, ayant toujours été dans la nécessité de s'appliquer à un travail fatigant, prétend qu'elle est sujette depuis dix ans à des maux de tête fréquens et surtout intenses pendant les grandes chaleurs ou les grands froids. Elle fut atteinte, il y a trois ans, d'un crachement de sang; depuis cette époque, ses règles, quoique régulières, ont toujours été peu abondantes. Les émissions sanguines, auxquelles elle a souvent recours, lui procurent quelque soulagement.

L'origine de l'affaiblissement de sa vue remonte à dix ans. Cette malade nous a offert les symptômes suivans : yeux proéminens, rénitens et sensibles; légère injection de la conjonctive palpébrale; pupille de contraction moyenne, mobile et ronde; iris turgescent et un peu bombé en avant. Elle distingue les caractères d'impression; mais au moindre effort pour fixer les objets pendant quelques minutes, la vue se brouille et se couvre d'une gaze. Elle voit mieux le matin au moment du lever; lorsqu'elle baisse la tête, elle voit des nuages qui voltigent devant ses yeux; la tête lui tourne et elle craint de tomber. Elle se plaint de bourdonnemens et d'élancemens dans les oreilles, de vertiges, d'un engourdissement dans le bras droit, de palpitations, de sécheresse du nez.

Tel est le sommaire des symptômes que nous a fournis l'examen de la malade au mois d'octobre. Le traitement auquel nous la soumîmes, consista dans l'emploi réitéré des saignées générales et locales; dans l'usage alternatif des purgatifs salins et des pilules composées d'extrait aqueux d'aloës et d'extrait de sabine (extrait d'aloës un demi-grain; extrait de sabine 2 gr.; quatre pilules par jour), données dans le but d'exciter les vaisseaux du système utérin; dans l'emploi des frictions sur le front avec l'extrait de belladona. A ces moyens nous associâmes l'usage journalier des pédiluves sinapisés, un régime maigre et exclusivement végé-

tal, et la recommandation faite à la malade de laisser aux yeux un repos absolu.

Ce traitement ne produisit aucun changement dans son état.

Le 19 janvier, nous trouvâmes sur la capsule antérieure des deux cristallins un grand nombre de petits points disséminés à sa surface, comme si cette membrane était aspersée de grains de sable; ils sont plus nombreux dans l'œil droit; ces points paraissent même occuper des plans différens d'avant en arrière, et siéger en partie dans la substance du crystallin. Mêmes maux de tête, mêmes étourdissemens, mêmes photopsies; la malade est très-sensible à la lumière.

Ces symptômes qui indiquent suffisamment un état de phlegmasie sub-aiguë dans la rétine et dans la capsule, nous ont engagé à joindre aux émissions sanguines les frictions sur le front avec l'onguent napolitain et l'usage intérieur de petites doses de calomélas (1 grain par jour), avec dose égale d'extrait gommeux d'opium. La malade est encore en traitement; nous insisterons sur une antiphlogose soutenue et énergique, mais nous désespérons d'obtenir dans ce cas un succès complet.

Plusieurs cas du même genre se sont présentés à la clinique depuis la fin du dernier trimestre. Nous en avons soigneusement recueilli les observations dans l'intention de donner, dans notre prochain rapport, des détails ultérieurs et plus satisfaisans, tant sur cette complication curieuse de l'amaurose congestive, que sur la complication de l'amaurose avec la conjonctivite. C'est pour lors que nous nous réservons de tirer les conclusions qui ressortent d'une certain nombre de faits analogues.

Le traitement de l'amaurose est loin de compter le même nombre de succès que celui des ophthalmies. Nous sommes souvent satisfaits si nous parvenons à arrêter les progrès de l'amblyopie. Le traitement de l'amblyopie congestive fournit cependant des résultats plus favorables que celui de l'amblyopie torpide ou organique. Parmi ceux observés pendant les derniers trois mois, nous signalons les suivans :

Obs. I. — Madame S., âgée de 36 ans, d'une constitution pléthorique, iris brun, était affectée d'amblyopie congestive survenue à la suite de la suppression d'un flux hémorrhoïdal très-copieux; l'amblyopie avait duré depuis 8 mois. La malade ne pouvait plus lire ni coudre; les saignées générales, les applications réitérées de sangsues à l'anus, surtout immédiatement après le retour des menstrues, l'usage des purgatifs salins, des aloétiques, des bains de pieds, des lotions froides sur la tête, et plus tard, quand l'amblyopie menaçait de devenir torpide,

des lotions sur le front avec un mélange aromatique et spiritueux (alcool de romarin 2 onces; éther acétique 2 gros; huile essentielle de térébenthine 1 once), rétablirent la malade complétement en trois mois.

Le 16 décembre, elle est portée comme convalescente sur le registre de la clinique. Elle a repris la couture et la lecture; l'évacuation sanguine par l'anus s'est rétablie à un tel point, qu'elle éprouve journellement des pertes par cette voie.

A cause de la plénitude du pouls et des palpitations du cœur qui annoncent encore un certain degré d'orgasme dans le système sanguin, nous lui recommandons de temps en temps une application de sangsues à l'anus, et l'usage interne de la limonade sulfurique.

Obs. II. — M. A., cordonnier, âgé de 46 ans, affecté d'amblyopie congestive, vint nous consulter pour la première fois, le 11 novembre. Alors il pouvait à peine distinguer les contours des objets de grande dimension; il était en proie à des photopsies, à des maux de tête. Tous ces symptômes ont promptement cédé à un traitement antiphlogistique et révulsif. (Sangsues à l'anus; purgatifs salins; pilules d'aloës et de soufre sublimé, à cause d'une disposition hémorrhoïdale; pédiluves sinapisés; lotions d'eau froide sur la tête et les yeux.) La guérison fut complète le 16 décembre, après 35 jours de traitement; la vision était redevenue aussi nette qu'elle l'avait été avant le début de l'affection.

Obs. III. — Madame B., couturière, âgée de 33 ans, d'une constitution très-pléthorique et vigoureuse, iris brun, cheveux noirs, embonpoint considérable, face fortement colorée, se présenta à la clinique, le 30 novembre, avec tous les symptômes d'une congestion cérébro oculaire fort prononcée : vertiges, éblouissemens, céphalalgie, tintemens d'oreilles, photopsies, photophobie. Le fond de l'œil présente une surface concave d'une teinte verdâtre, telle qu'on l'observe souvent chez des personnes avancées en âge, et qui est due alors au reflet produit par le noyau du crystallin, qui le plus souvent à cette époque de la vie est jaunâtre; c'est le mélange du jaune avec la couleur bleuâtre de la choroïde qui produit la teinte d'un vert de mer que l'on voit dans la profondeur de l'œil. Tous ces symptômes, qui inquiétèrent beaucoup la malade, cédèrent après cinq semaines de traitement à une combinaison de moyens antiphlogistiques et dérivatifs. Mais il fallut un déploiement extraordinaire des mesures débilitantes pour arriver à ce but. Dans l'espace de cinq semaines, la malade fut saignée cinq fois du bras; on lui fit appliquer des sangsues à l'anus à plusieurs reprises, jusqu'au nombre de 140; aux émissions sanguines on associa l'usage journalier de bains de pieds sinapisés; l'emploi de purgatifs salins souvent réitérés; une diète sévère et le repos absolu de l'organe de la vue. Grâce à la persévérance avec laquelle on dirigea le

traitement actif, la malade fut non-seulement délivrée de ses maux de tête et des autres symptômes cérébraux ; mais elle recouvra complétement la vue, et, chose remarquable, la pupille redevint nette et noire, et l'opacité verdâtre du fond de l'œil disparut. Est-il permis, dans ce cas, d'attribuer l'opacité à la congestion de la choroïde, et de regarder la disparition de ce phénomène comme un des résultats du traitement?

Obs. IV. — Dans l'observation que nous allons rapporter, l'amélioration obtenue jusqu'ici, quoique très-notable, n'a été que partielle. Le malade est encore en traitement. C'est un menuisier, nommé Jean-Louis D., âgé de 61 ans, d'une constitution vigoureuse, et d'habitude apoplectique (tête très-volumineuse, cou court et large, abdomen développé), qui dit avoir été affecté, il y a 15 ans, d'une dartre siégeant entre les fesses et aux jambes, accompagnée de démangeaison insupportable et de suintement continuel d'un liquide limpide : l'usage de frictions avec une pommade dont le malade ne sait pas indiquer la composition, fit disparaître cette éruption après qu'elle eût persisté pendant cinq années de suite. Depuis lors, la digestion ne se fait plus régulièrement ; le malade est sujet à des nausées et à des rapports glaireux après les repas ; le ventre est habituellement resserré. Depuis trois ans les fonctions de la vue et de l'ouïe se sont affaiblies insensiblement sans douleurs de tête et sans étourdissemens. Depuis six mois seulement des pyropsies alternent avec la vision des mouches ; des nuées opaques tourmentent le malade, surtout le soir, au moment du coucher ; souvent il croit distinguer quatre nuages, au milieu desquels il voit quelque chose de mobile, semblable, dit-il, à un jet d'eau ; la vue est meilleure le matin et le soir; le temps couvert lui convient mieux que le temps serein. C'est surtout latéralement qu'il distingue les objets qu'on lui présente ; tout objet placé directement devant ses yeux lui paraît interrompu, ou percé de quatre à cinq trous noirs; l'œil gauche est presque complétement amaurotique ; les mouvemens de la pupille sont lents ; on voit un reflet gris d'acier dans le fond de l'œil.

Tels sont sommairement les résultats de l'examen fait le 16 octobre 1836. Le traitement ordonné alors fut principalement dirigé contre la cause de l'affection congestive de la rétine; l'indication la plus essentielle à remplir nous parut celle d'appeler de nouveau la congestion morbide vers les vaisseaux hémorrhoïdaux, où elle sembla déjà avoir été établie lorsque le malade fut affecté de cette éruption dartreuse entre les fesses (*herpes hemorrhoïdalis*), qui peut-être avait été supprimée imprudemment. Dans ce but nous fîmes appliquer, de quinze en vingt jours, douze à vingt sangsues à l'anus ; une dérivation continuelle à la région lombaire fut entretenue à laide d'un emplâtre de poix de Bourgogne, large de quatre pouces carrés et remplacé plusieurs fois; le malade prit quatre fois par jour une demi-cuillerée à café de la poudre suivante : crême de tartre, demi once; soufre

sublimé, 2 gros; aloës, 1 scrupule. Ces moyens furent secondés par l'usage fréquent de pédiluves sinapisés et par un régime convenable. L'amélioration fut déjà marquée le 10 novembre. Les pyropsies avaient entièrement disparu, et la myodésopsie était beaucoup moindre. Le malade distinguait mieux les objets de grande dimension. L'amélioration semblant être encore progressive, on persista dans le même plan de traitement.

Obs. V. — Marie-Blandine M., âgée de 42 ans, mariée, d'une constitution sanguine, a subitement perdu la vue, il y a deux ans, à la suite d'un vomissement de sang; la perte de la faculté visuelle était accompagnée de maux de tête, de tintemens d'oreilles et de photopsies. Elle a été traitée depuis dix mois par plusieurs médecins. A l'amaurose qui était d'abord de nature congestive, on opposa les révulsifs et les réfrigérans appliqués sur la tête et les yeux; plus tard l'affection visuelle changea de caractère et devint torpide, ce qui nous détermina à échanger le traitement révulsif contre des moyens propres à conserver et à éveiller la sensibilité de la rétine. Après avoir employé pendant quelque temps les lotions spiritueuses et éthérées sur le front, on passa en septembre aux frictions avec une solution éthérique de strychnine (6 grains sur demi-once d'alcool, avec 2 gros d'éther sulfurique), et quelques semaines plus tard, à l'emploi endermique de la strychnine, en établissant des vésicatoires au front pansés avec un quart et demi de grain de cet alcaloïde.

L'amélioration fut telle, le 28 octobre, que la malade commença à distinguer les aiguilles du cadran d'une pendule; pour reconnaître les objets, elle était cependant obligée de tourner les yeux de manière à présenter à leurs parties latérales ce qu'ils devaient fixer. Il était évident que les régions latérales de l'expansion rétinnienne étaient seules propres à la vision; à l'usage extérieur de la strychnine nous avons associé l'administration à l'intérieur du sous-carbonate de fer (4 gr. de trois en trois heures).

Notons dans les quatrième et cinquième observations la différence de la sensibilité dans les différens points de la rétine. Dans l'un et l'autre cas les régions latérales de cette expansion nerveuse étaient moins affectées ou plus prêtes à reprendre la sensibilité normale que la partie centrale. C'est, selon notre expérience, le cas le plus commun, et nous nous étonnons que la fréquence de ce fait ait pu être révoquée en doute par notre estimable ami et collègue, M. Carron du Villards. (*Recherches pratiques sur la cataracte*, p. 27.)

La dernière observation prouve en outre combien il faut au praticien d'attention pour constater la transformation si fréquente de l'amaurose

congestive en amaurose torpide ou organique, et pour adapter à ces phases de la maladie un plan rationnel de traitement. Disons à cette occasion que l'amaurose torpide, comme affection primitive, est extrêmement rare et qu'elle ne se développe presque jamais qu'à la suite d'une congestion active ou passive, artérielle ou veineuse de la rétine. Cette assertion qui se trouve en opposition avec l'opinion si généralement répandue de la nature presque constamment asthénique de l'amaurose, s'appuie cependant sur l'observation consciencieuse des faits. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la proportion numérique si inégale des cas d'amaurose congestive et d'amaurose torpide, observés à la clinique pendant ces trois derniers mois, pour apprécier la valeur de ce que nous avançons.

Les malades atteints d'une névrose quelconque à l'œil, sont tellement portés à se plaindre d'un affaiblissement dans la fonction visuelle, que souvent le médecin, préoccupé de ce seul symptôme, considère l'affection comme une amaurose rétinienne, et oublie ainsi de porter son attention sur d'autres parties de l'appareil optique. C'est là une des raisons pour lesquelles l'étude des névroses d'autres nerfs oculaires, tels que la troisième, la quatrième, la cinquième et la sixième paire, a été négligée jusqu'ici. Nous avons si fréquemment occasion dans notre pratique de rectifier des erreurs de ce genre que nous croyons devoir insister ici sur ces affections intéressantes. De peur de trop amplifier ce rapport, nous nous en tiendrons strictement aux observations que nous ferons suivre de quelques déductions aphoristiques.

ATTAQUE APOPLECTIQUE ; PARALYSIE DU NERF OCULO-MOTEUR DU CÔTÉ DROIT.

Obs. I. — M. H., homme de lettres, âgé de 36 ans, d'une constitution pléthorique, irritable, ayant eu quelques affections de nature syphilitique, fut frappé, il y a deux ans, d'un coup de sang Après la disparition des principaux symptômes, il lui resta de cette affection cérébrale une paralysie complète de toutes les branches du nerf de la troisième paire cérébrale du côté droit, Lorsque nous le vîmes pour la première fois, nous constatâmes les symptômes suivans :

Paralysie et ptosis complet de la paupière supérieure de l'œil droit ; elle ne peut être relevée ; strabisme divergent de l'œil droit, qui est renversé en dehors; impossibilité de tourner le globe en haut, en bas et en dedans ; le malade ne peut tourner l'œil qu'en dehors ; quand il veut fixer les objets qui se trouvent sur son

côté gauche, il les voit doubles ; le strabisme et la diplopie cessent, dès que le malade tourne les yeux vers le côté droit ; dilatation de la pupille de l'œil droit (mydriasis) ; celle du côté gauche est contractée ; la vue de l'œil droit est confuse, brouillée ; le malade voit beaucoup mieux de loin que de près ; la vision devient nette, lorsqu'on fait regarder le malade à travers une petite pupille artificielle, pratiquée dans une feuille de papier noir ; à l'aide de ce moyen il y voit à la distance ordinaire.

La sensibilité du malade est telle, que les excitans quels qu'ils soient, provoquent toujours de nouvelles irritations, des maux de tête, de l'orgasme dans le système sanguin.

Le traitement antiphlogistique, combiné avec les révulsifs, est encore le mieux supporté par le malade, et sous son usage le ptosis a guéri entièrement ; le mydriasis est devenu beaucoup moindre après plusieurs mois de traitement ; la vision est devenue nette et a repris sa portée primitive ; le globe de l'œil a acquis plus de mobilité ; il n'est plus renversé en dehors ; le strabisme n'est plus permanent. Cependant, quand le malade regarde à gauche, la divergence des axes visuels est encore perceptible, et les objets paraissent doubles de temps en temps.

PTOSIS DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE DU CÔTÉ DROIT ET DU CÔTÉ GAUCHE ; IMMOBILITÉ COMPLÈTE DES GLOBES OCULAIRES ; VISION INTACTE.

Obs. II. — Mademoiselle D., âgée de 27 ans, de constitution pléthorique, face très-colorée, iris brun, cuisinière, a été toujours bien réglée, et ne se souvient pas avoir eu des maladies antérieures à l'affection actuelle. Il y a cinq ans, elle a perdu la faculté de relever les paupières. L'abolition partielle de la mobilité de ces voiles membraneux fut accompagnée de maux de tête, qui n'ont pas cessé depuis et qui s'exaspèrent toutes les fois que la malade veut appliquer les yeux à un travail de mains. Les paupières supérieures, abaissées presque totalement sur les yeux, ne laissent qu'une fente d'environ une ligne, à travers laquelle la malade peut voir. Ce ptosis considérable donne à sa figure un air de stupidité ; les globes oculaires sont également privés de mouvement ; ils restent immobiles et fixes dans le milieu de l'orbite ; il est impossible à la malade de les déplacer dans l'une ou dans l'autre direction ; quand elle veut fixer un objet, elle voit double ; elle peut lire de loin ; pour lire de près, il faut qu'elle ferme l'un ou l'autre œil ; la vue est nette, meilleure à la lumière artificielle qu'à celle du jour ; les pupilles sont mobiles. Nous ne découvrons rien qui puisse faire présumer un état morbide du cerveau ou des méninges.

On a employé tour à tour l'application réitérée de sangsues ; l'usage des bains de pieds ; des lotions froides sur le front et la tête ; les frictions avec l'onguent

napolitain et l'extrait de belladona ; les purgatifs ; la strychnine à l'extérieur ; le séton à la nuque ; les vésicatoires aux tempes ; l'électricité. Ces moyens n'ont été suivis d'aucun résultat.

MÉNINGITE ; PARALYSIE DE LA QUATRIÈME PAIRE OU D'UN RAMUSCULE DU NERF OCULO-MOTEUR ; GUÉRISON.

Obs. III. — Victor C , employé, âgé de 27 ans, et doué d'une constitution pléthorique et bilieuse, taille élevée, teint brunâtre de la peau, cheveux noirs, iris brunâtre, nous fut adressé le 7 octobre 1836, par un confrère qui lui avait donné des soins dans le cours d'une méningite aiguë, sur laquelle il nous communiqua les renseignemens suivans :

Cinq semaines avant que le malade ne vînt nous consulter, cet homme, après s'être lavé dans un moment d'échauffement la tête dans la rivière, fut atteint d'une méningite aiguë avec coma profond, dont il fut tiré avec beaucoup de peine par des irrigations froides sur la tête continuées depuis 8 heures du matin jusqu'à 10 heures du soir, et par l'application de vésicatoires aux cuisses et à la nuque. Sous l'influence de cette médication, sa santé se rétablit graduellement ; mais il lui resta une certaine fixité dans le regard et la sensation d'un bandeau au-dessus des yeux.

Lorsque nous vîmes le malade, il lui était impossible de reconnaître les objets au premier instant ; il fallait qu'il les fixât pendant quelque temps pour les distinguer ; mais alors il les voyait très-nettement. « Il y a quelque chose au-dessus de mes yeux, dans les sourcils, qui me gêne. » Ce furent là les propres mots du malade. Les yeux exécutèrent librement tous les mouvemens, excepté celui directement et obliquement en haut. De deux objets placés l'un à côté de l'autre, il n'en voyait souvent qu'un seul ; la démarche du malade était incertaine ; point de photopsies ; point de myodésopsie ; les yeux supportaient également bien toutes les gradations de la lumière ; les pupilles n'étaient pas extrêmement dilatées et se contractaient aux transitions de la lumière ; le malade ne se plaignait pas de céphalalgie.

Dans la supposition que la méningite pouvait avoir laissé après elle un léger épanchement de sérosité ou de matière plastique qui excitât une compression sur la quatrième paire des nerfs ou sur une partie de la troisième paire, nous conseillâmes d insister sur l'application réitérée de sangsues à l'anus, et sur l'usage des mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur, poussé jusqu'aux prodrômes de la salivation. Nos prévisions furent pleinement justifiées par le résultat ; l'amélioration fut déjà fort notable le 22 octobre, quinze jours après le commencement de cette médication. Le mouvement des yeux en haut fut partiellemeot rétabli, et le malade éprouva moins de gêne dans la vision ; le mieux alla progressivement ; la guérison fut com-

plète après six semaines de ce traitement, sans le secours d'autres remèdes ; le mouvement des globes oculaires redevint parfaitement libre ; la vision se fit sans incommodité, et le malade fut en état de reprendre ses occupations.

NÉVRALGIE DES BRANCHES NASALE ET SUS-ORBITAIRE DE LA CINQUIÈME PAIRE ; MYDRIASIS.

Obs. IV. — Mademoiselle Félicité G., âgée de 28 ans, d'un tempérament bilieux, teint brun, chevelure noire, iris foncé, n'ayant jamais été malade, eut, il y a deux ans, une douleur et une petite crevasse dans l'intérieur de la narine droite. Depuis six mois elle éprouve, surtout en se mouchant, dans l'angle interne de l'œil droit une douleur lancinante, accompagnée de démangeaison, et s'irradiant dans tout le côté externe de l'aile du nez, sans se propager jusque dans la pituitaire. Cette sensation de douleur laisse des intervalles de repos, et ne dérange point le sommeil de la malade. A cette douleur se joint par moment une autre qui s'étend le long de l'arcade sourcilière et se circonscrit à peu près quelques lignes au-dessus de cette dernière ; la conjonctive palpébrale est un peu injectée ; il y a outre cela dilatation presque permanente de la pupille et un peu de paresse dans les mouvemens de l'iris de cet œil. La vue des deux yeux de la malade n'est pas affectée ; tout au plus si elle est un peu moins nette de l'œil droit, à raison de la dilatation de la pupille. Depuis le principe de l'affection névralgique, la malade éprouve des douleurs de tête qui se concentrent sur le côté droit et s'irradient surtout dans l'oreille.

L'affection a résisté opiniâtrément à l'application d'un vésicatoire à la nuque. Nous avons ordonné le sous-carbonate de fer à la dose d'un gros par jour; la malade n'étant plus revenue à la consultation, nous ignorons le résultat de cette dernière médication.

NÉVRALGIE DU NERF FRONTAL ; MYDRIASIS ; GUÉRISON.

Obs. V. — Théodore S., apprenti bijoutier, âgé de 16 ans, d'une constitution sanguine, et ayant toujours joui d'une bonne santé, s'aperçoit depuis une huitaine de jours d'un trouble de la vue en travaillant. La région frontale du côté droit est en même temps le siége d'une douleur lancinante, qui cesse tout-à-fait vers le soir et reparaît dans la matinée ; hormis une sensation de chaleur dans les yeux, il n'éprouve rien d'extraordinaire du côté de ces organes ; l'action de moucher le nez provoque une sensation désagréable dans l'angle interne de l'œil. Dès qu'il cherche à appliquer les yeux au travail, sa tête s'étourdit ; dilatation considérable de la pupille de l'œil droit ; le malade voit nettement à travers une petite pupille artificielle, pratiquée dans un papier noir.

L'usage des bains de pieds sinapisés, l'application d'un vésicatoire de Janin à la nuque, et des boissons sudorifiques avec la teinture de semences de colchique à l'intérieur achèvent en quinze jours la guérison de cette affection.

Les observations qui précèdent prouvent que les troisième, quatrième, cinquième et sixième paires peuvent s'affecter indépendamment des nerfs optiques, et donnent lieu à des symptômes particuliers. La paralysie des muscles fournis par les troisième, quatrième et sixième paires est le symptôme essentiel par lequel se traduisent à l'observateur les affections de ces nerfs. Quand la troisième paire est atteinte, nous trouvons une impossibilité de relever la paupière supérieure et d'exécuter les mouvemens du globe en dedans, en haut et en bas. La prédominance des contractions du muscle droit externe, fourni par la sixième paire, fait que dans la paralysie du nerf moteur oculaire commun, le globe est presque constamment tourné en-dehors. Dans l'affection des quatrième et sixième paires, ce sont les muscles oblique supérieur et droit externe qui ne remplissent plus leurs fonctions. Quelquefois plusieurs de ces nerfs semblent être simultanément affectés, comme dans la seconde observation, et alors le globe est complétement immobile. La paralysie est presque toujours précédée de symptômes de congestion ou d'inflammation cérébrale, et dans ce cas elle semble être due à la compressiou des origines des nerfs par les vaisseaux engorgés ou par des épanchemens séreux et *hétéroplastiques*; d'autres fois l'affection paraît être de nature rhumatismale et indépendante d'un travail morbide dans le crâne. La paralysie de l'un ou de l'autre de ces nerfs destinés aux mouvemens de l'œil est le plus souvent accompagnée de strabisme et de diplopie, qui s'explique facilement par la difficulté que le malade doit éprouver pour mettre les axes visuels des deux yeux en harmonie.

La branche ophthalmique de la cinquième paire étant destinée à la sensibilité, devient facilement le siége de névralgie. Cette dernière, ainsi que la paralysie du nerf oculo-moteur se caractérise par un symptôme commun et quelquefois le seul qu'on observe dans le principe de ces affections. Nous voulons parler de la dilatation de la pupille de l'œil affecté, connue sous le nom de mydriasis, phénomène qui donne souvent lieu à des erreurs graves de diagnostic, d'autant plus que les au-

teurs mêmes qui ont décrit la paralysie du nerf moteur oculaire commun ne décrivent point parmi ses symptômes la dilatation de la pupille qui ne manque cependant qu'exceptionnellement. La faiblesse de la vue dont se plaignent les malades affectés de mydriasis, surtout au grand jour, étant uniquement due à l'éblouissement de la rétine par la masse des rayons qui la frappent, on peut facilement se convaincre de l'intégrité du nerf optique et de la rétine en appliquant à l'œil mydriatique une petite pupille artificielle qui exclut la trop grande quantité de rayons lumineux, et n'en admet que celle qui est nécessaire. Cette expérience très-simple étonne souvent les malades qui se croyaient en péril de perdre un organe précieux. Le mydriasis n'est spécial qu'à la paralysie du nerf oculo-moteur et à la névralgie de la branche ophthalmique de la cinquième paire, nerfs qui fournissent les racines du ganglion lenticulaire ou ciliaire.

Dans les cas où l'affection paralytique ou névralgique de l'un ou de l'autre de ces nerfs était due à une congestion cérébrale actuelle ou préexistante, nous eûmes recours à l'emploi des antiphlogistiques, des mercuriaux, des purgatifs et des révulsifs. La troisième observation relatée plus haut vient prouver l'efficacité de ce traitement en pareille circonstance. Le traitement anti-rhumatismal et plus tard l'emploi des stimulans, des vésicatoires appliqués sur le front, de la strychnine en frictions et par la méthode endermique fut essayé lorsque l'affection des muscles et de leurs nerfs paraissait être due à un refroidissement ou à une disposition rhumatismale. La névralgie de la cinquième paire était souvent de nature intermittente et céda alors promptement à l'administration de hautes doses de sulfate de quinine ou de sous-carbonate de fer. Quelquefois nous fûmes obligé d'associer à cette médication interne les frictions narcotiques avec l'opium, avec la belladone directement sur le siége de la douleur, et de provoquer une irritation dérivative à quelque distance du nerf affecté, à l'aide d'un vésicatoire de Janin, appliqué à la nuque, entre les épaules, etc., etc.

IV. TROISIÈME SÉRIE DES FAITS CLINIQUES.

Cataractes.

CATARACTE LENTICULAIRE DOUBLE ; DÉHISCENCE ; OPÉRATION PAR EXTRACTION ; KÉRATOTOMIE SUPÉRIEURE ; PROCIDENCE DE L'IRIS DE L'OEIL DROIT ; SUCCÈS COMPLET.

Obs. I. — Madame B..., âgée de 50 ans, d'une constitution nerveuse et cachectique, nous fut adressée par un confrère qui la crut affectée d'une cataracte lenticulaire double, compliquée d'amaurose Le volume des deux crystallins opaques était tel que leur surface antérieure, pressant sur l'iris, poussait cette dernière membrane en avant et effaçait presque complétement la chambre antérieure. La cataracte de l'œil gauche présentait une couleur blanchâtre, nacrée ; on distinguait à sa surface antérieure quatre stries disposées en forme de croix, et résultant de la déhiscence des couches corticales du crystallin Un reflet jaunâtre, que l'on croyait à une très-grande profondeur derrière la pupille et dans la substance du crystallin, nous fit présumer que les couches demi-molles et déhiscentes de ce corps renfermaient un noyau plus dur, moins opaque et de couleur jaunâtre. Du côté gauche la déhiscence des couches corticales de la cataracte affectait la forme d'une croix placée obliquement ; le fond de l'œil gauche présentait le même reflet que l'œil droit.

La malade distinguait à peine les contours de quelques choses d'une grande dimension. Les pupilles étaient assez dilatées et immobiles.

Attendu la consistance molle de ces cataractes, qu'il eût été difficile ou impossible d'abaisser, et vu la contre indication du broiement fournie par l'âge avancé et la constitution cachectique de la malade, nous nous décidâmes à l'extraction par la kératotomie supérieure L'opération des deux yeux eut lieu le 3 octobre. Elle fut difficile à cause du peu d'espace qu'offrait la chambre antérieure, considérablement rétrécie par l'iris bombé en avant ; cependant l'incision de la cornée de l'œil gauche fut faite sans la moindre lésion de l'iris. La capsule étant largement incisée, le crystallin pénétra immédiatement à travers l'ouverture pupillaire et sortit en masse. La malade ne perdit pas une goutte d'humeur vitrée, et la pupille fut nette. L'extraction de la cataracte de l'œil droit fut également pratiquée d'une manière satisfaisante. La pointe du kératome, employé pour l'opération de l'œil gauche, se plia au moment où nous voulûmes ponctionner la cornée du côté opposé, de sorte qu'il fallut changer d'instrument. Le crystallin fut expulsé avec la même facilité qu'à l'œil gauche. La malade jouissait après l'opération d'une vision parfaite. Les paupières ayant été fermées à l'aide de petites bandelettes de taffetas agglutinatif, la malade fut couchée dans son lit et les yeux furent fomentées avec l'eau froide.

Les cristallins, examinés après l'opération, présentaient les caractères qu'on leur avait reconnus d'avance. Ils offraient des couches corticales déhiscentes et d'un aspect nacré, se laissant enlever comme les pelures d'un oignon, en lambeaux triangulaires ; ces lambeaux, au nombre de cinq à huit, étaient glaireux au toucher et demi-diaphanes ; au-dessous d'eux se trouvait une seconde couche de fragmens, présentant les mêmes caractères que la première. Après avoir soulevé deux ou trois couches semblables les unes aux autres, on trouva au milieu un noyau plus consistant, jaunâtre, luisant, uniforme, demi-diaphane, qui placé dans un vase ou sur le plat de la main, produisait le même reflet qui dans l'œil avait paru provenir d'une opacité située dans la paroi postérieure de la capsule.

Les paupières se tuméfièrent un peu le 5 octobre, deux jours après l'opération. La malade se plaignit d'une sensation analogue à celle que produiraient des graviers placés sous les paupières de l'œil droit, et notamment sous la paupière supérieure de cet œil. Vu le peu de réaction générale, on ordonna une application de dix sangsues derrière l'oreille de ce côté.

La sensation que la malade éprouvait sous la paupière supérieure de l'œil droit persista malgré l'application réitérée de sangsues et des frictions faites sur le front avec l'opium en poudre.

En écartant les paupières de l'œil, nous trouvâmes une procidence considérable de l'iris entre les bords de la plaie de la cornée, accompagnée d'un commencement de sclérotite. L'œil gauche était dans l'état le plus satisfaisant. Une goutte de laudanum de Sydenham, instillée entre les paupières de l'œil droit, fit naître une douleur très-vive. Il s'en suivit une augmentation de la sclérotite qui nécessita plusieurs émissions sanguines locales, des frictions sur le front avec un mélange d'onguent napolitain et d'extrait de belladone, et plus tard l'application d'un vésicatoire à la nuque. La violence des symptômes phlegmasiques nous défendit l'usage ultérieur des topiques irritans. Ce ne fut que le 25 octobre qu'on eut de nouveau recours aux instillations de laudanum. A dater du 3 novembre, nous cautérisâmes la procidence de l'iris plusieurs fois avec le nitrate d'argent. Les cautérisations et les instillations alternatives avec la teinture thébaïque amenèrent en peu de temps l'aplatissement de la procidence de l'iris. La cicatrice de la cornée de l'œil droit était linéaire le 12 novembre, jour où la malade voyant parfaitement bien, cependant un peu moins de l'œil droit que de l'œil gauche, retourna au sein de sa famille. Un mois après, elle nous écrivit que la vision était aussi bonne d'un côté que de l'autre.

L'observation qui précède est intéressante sous plusieurs rapports. Examinons d'abord les circonstances qui pouvaient avoir donné naissance à l'erreur du médecin ordinaire de la maladie, lequel soupçonnait une complication d'amaurose dans un cas de simple cataracte len-

ticulaire. Cette erreur était principalement due à la dilatation et à l'immobilité des pupilles, ainsi qu'à l'abolition presque complète de la faculté visuelle. Ces phénomènes cependant n'étaient que les conséquences naturelles du volume extraordinaire des cataractes qui, pressant considérablement sur l'iris, devaient nécessairement gêner la liberté des mouvemens de cette membrane.

Nous rencontrâmes, dans ce cas, tous les caractères de la cataracte lenticulaire demi-molle. Le phénomène de la déhiscence était fort évident. La dissection des crystallins extraits des yeux, est venue confirmer nos prédictions sur le degré de consistance de leurs couches superficielles et profondes. Il n'est plus douteux pour nous que le diagnostic des cataractes ne puisse admettre la même précision et la même certitude que celui des ophthalmies.

Le reflet jaunâtre, produit par le noyau du crystallin dans le fond de l'œil, est un phénomène digne d'être noté ; des personnes peu exercées dans l'observation des maux d'yeux sont facilement portées à localiser cet éclat jaunâtre dans la capsule postérieure, à cause de son siége apparemment profond.

Le diagnostic, fait d'après les caractères visibles des cataractes, nous a servi de guide dans le choix de la méthode opératoire. Nous optâmes en faveur de l'extraction à cause de la consistance molle des cataractes, de l'âge avancé et de la constitution cachectique de la malade. Nous savons que la circonstance de la mollesse du crystallin est pour d'autres une raison qui leur fait rejeter le choix de l'extraction. Une cataracte demi-molle et volumineuse, disent-ils, doit nécessairement en franchissant l'ouverture pupillaire, exercer sur l'iris une pression presque toujours suivie d'une réaction violente et destructive. Les mêmes auteurs prétendent encore que pendant le passage d'un crystallin de cette nature à travers la pupille, il se détache de sa substance des fragmens qui, faute d'être absorbés, opposent quelquefois un nouvel obstacle à la vision et nécessitent souvent une seconde opération. Ces objections ne nous paraissent nullement fondées. La compression de l'iris n'est possible que lorsque la totalité du crystallin a une certaine dureté. Mais c'est précisément dans les cas contraires que nous admettons l'extraction. L'expérience nous a appris, et l'exemple précédent est là pour

le prouver, que le crystallin, quoique volumineux, peut être expulsé en masse et sans qu'il s'en détache des fragmens, pourvu que la capsule soit largement incisée et que la section de la cornée soit assez grande.

Quand même de petites parcelles de la cataracte resteraient dans l'œil, nous n'approuverions en aucune manière les tentatives dangereuses que l'on ferait pour les enlever à l'aide de la curette, convaincu que nous sommes que ces fragmens, peu consistans et suffisamment divisés, ne résisteraient pas longtemps à la résorption, pourvu que la capsule soit lacérée et détruite dans une très-grande étendue.

La douleur, comparée par la malade à la présence de sable ou de gravier sous les paupières, a été significative. Elle annonça, dès le premier jour après l'opération, la procidence de l'iris.

Chez cette malade qui avait été d'un calme et d'une docilité extraordinaires pendant et après l'opération, cet accident, dont les conséquences ne furent heureusement point sérieuses, provenait d'une incision nécessairement très-grande, puisqu'elle devait donner passage à un crystallin très-volomineux, mais en même temps un peu trop rapprochée du bord de la cornée. L'irritation produite par l'effort que l'on fit pour percer cette membrane avec un instrument un peu émoussé n'avait probablement pas été non plus étrangère à cet accident.

CATARACTE LENTICULAIRE DEMI-MOLLE DE L'OEIL DROIT; KÉRATOTOMIE SUPÉRIEURE; SUCCÈS COMPLET SANS INFLAMMATION TRAUMATIQUE.

Obs. II. — Mademoiselle L..., âgée de 27 ans, se présente à la clinique le 22 octobre avec une cataracte lenticulaire demi-molle, de couleur blanc de lait uniforme de l'œil droit; à travers l'opacité du crystallin on distingue des stries sillonnant la paroi postérieure de la capsule dans tous les sens. Ces stries concaves et profondément situées, sans opacité du crystallin, existent aussi du côté gauche.

Depuis un an seulement la malade s'est aperçue de l'affaiblissement graduel de la vue de l'œil droit; celle du côté opposé n'a commencé à baisser que depuis trois semaines avant que la malade soit venue à la clinique.

L'extraction par kératotomie supérieure est pratiquée le 23 octobre. L'ouverture de la cornée était un peu petite. Après l'incision de la capsule, le crystallin sortit sous forme d'une matière blanchâtre, pulpeuse et presque diffluente; il s'échappa avec lui une très-petite quantité du corps vitré. L'opération faite, la malade reconnut plusieurs objets qui lui furent présentés.

Une saignée du bras de quatre palettes est pratiquée immédiatement après que la malade est couchée. L'œil est couvert de compresses imbibées d'eau glacée.

25 octobre. La malade est parfaitement bien : il y a absence complète d'inflammation. Les fomentations froides sur l'œil et la diète sont tout ce qui est jugé nécessaire pour le traitement.

On ouvre les paupières le 31 octobre. La vue est excellente. La malade reconnaît le nombre des doigts, une clé, une plume, etc. Un petit grumeau blanchâtre, qui est resté au centre de la pupille, ne tarde pas à être résorbé, et la malade quitte la clinique le 4 novembre dans l'état le plus satisfaisant.

Dans ce cas, l'indication fut la même que dans l'observation précédente ; il existait une consistance demi-molle du cristallin qui détermina le choix de l'extraction. Le succès de l'opération fut presque plus complet encore. Elle ne fut suivie d'aucun symptôme de réaction violente. Quinze jours après l'opération la malade quitta la clinique parfaitement guérie. Une petite portion du crystallin ramolli, qui s'était détachée pendant son expulsion, fut rapidement résorbée.

CATARACTE LENTICULAIRE DURE DE L'ŒIL DROIT ; ABAISSEMENT PAR KÉRATONYXIS ; SUCCÈS COMPLET.

Obs. III. — B..., âgé de 50 ans, d'une constitution robuste et pléthorique, ayant constamment joui d'une bonne santé, perdit l'œil gauche à la suite de l'abaissement d'une cataracte pratiquée par un chirurgien de la capitale ; une violente inflammation s'empara de l'œil et la cécité complète en fut le résultat. Aujourd'hui la pupille de cet œil est irrégulière, oblongue et obscurcie par des restes de capsule ; la vision est tout-à-fait nulle.

L'œil droit, opéré par nous le 3 octobre, présentait avant l'opération l'état suivant :

La pupille, dilatée au moyen de la belladone, laissait voir derrière elle une cataracte lenticulaire, située à une assez grande distance de l'iris, de telle sorte que l'ombre projetée par cette membrane sur l'opacité était très-évidente ; la surface de la cataracte assez dure était blanchâtre, nacrée et comme réticulaire ; les parties superficielles du cristallin, collées à la capsule, donnaient à cette dernière un aspect strié et étoilé.

L'opération présenta quelque difficulté à cause de l'indocilité du malade, qui, malgré son extérieur martial, avoua lui-même qu'il manquait du calme nécessaire pour ces sortes d'opérations.

Tout étant préparé comme de coutume, je fis pénétrer une aiguille courbe dans

le milieu de la cornée, et de là dans l'ouverture pupillaire. A l'instant un mouvement brusque de l'œil, qui se porta en haut, fit entrer la pointe de l'aiguille dans la substance du crystallin. Le premier mouvement d'abaissement fit disparaître le crystallin du centre de la vision ; mais l'aiguille le ramenait toujours avec elle; enfin quelques mouvemens de rotation de l'instrument entre les doigts suffirent pour le dégager, et dès lors l'élévation simple du manche abaissa définitivement le crystallin. Après avoir detruit avec soin les restes de la capsule, je retirai l'aiguille et le malade vit à l'instant parfaitement et distinctement tous les objets qu'on lui présenta.

Une saignée de quatre palettes fut pratiquée immédiatement après l'opération; des compresses imbibées d'eau froide furent placées sur l'œil, et on prescrivit les frictions sur le front avec parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone.

Le soir du 5 octobre, le malade accusa des douleurs dans l'œil ; on lui prescrivit une application de 20 sangsues dont il n'y eut que cinq qui prirent. Les douleurs de l'œil avaient augmenté dans la nuit du 5 au 6 octobre; des élancemens dans la tête et dans les tempes s'y étaient jointes ; le malade était agité ; l'œil opéré était très-sensible à la lumière; il existait une injection dans la sclérotique. Saignée de six palettes; calomelas avec poudre de jalap, à dose purgative; continuation des frictions mercurielles.

Les douleurs disparurent pendant la saignée même. Le malade continuait à bien aller, quand, s'étant mis auprès d'une croisée ouverte, il fut pris, le 20 octobre au soir, de douleurs dans l'œil et dans le côté correspondant de la tête. Le lendemain, l'œil étant rouge et sensible à la lumière, une saignée de cinq palettes fut pratiquée immédiatement : on y joignit de nouveau les frictions d'onguent napolitain et d'extrait de belladone sur le front ; les douleurs et l'inflammation de l'œil disparurent sous l'empire de cette médication en vingt-quatre heures.

Nous revîmes le malade au mois de janvier, sa vue était satisfaisante ; il distinguait, à l'aide de lunettes à cataracte, les plus petits caractères d'impression.

Nous aurions pu concevoir quelques craintes pour le succès de cette opération, à raison de l'échec essuyé avant nous par le chirurgien qui avait tenté l'opération de l'œil gauche. Le pronostic est toujours douteux dans des circonstances semblables, parce que l'insuccès de la première opération peut avoir tenu à une disposition morbide dont l'influence n'a peut-être pas encore cessé de se faire sentir. Cependant la manière dont les choses se sont passées dans le cas ci-dessus, nous fait croire que la perte de l'œil gauche doit être attribuée au manuel de l'opération plutôt qu'à toute autre cause. A peine le malade s'est-il plaint de

douleur pendant l'acte de l'opération faite par nous, tandis que dans l'opération de l'œil gauche qui, d'après lui, fut également pratiquée par abaissement, il nous avoua qu'il avait éprouvé les plus cruelles souffrances. Nous attribuons, en effet, une grande partie de nos succès dans les opérations de cataracte aux précautions minutieuses avec lesquelles nous exécutons les manœuvres nécessaires dans un organe d'une structure si délicate, et au soin avec lequel nous faisons confectionner nos instrumens. Ce dernier point nous paraît de la plus haute importance. Dans un ouvrage qui paraîtra prochainement, nous aurons soin d'indiquer les qualités nécessaires que doivent présenter les aiguilles à kératonyxis et à sclératiconyxis, détails sur lesquels nous ne pouvons pas insister pour le moment, de crainte de donner à cet article une trop grande extension.

L'aspect de la cataracte, avant l'opération, aurait pu facilement tromper l'observateur; les stries nacrées qu'on distinguait dans la capsule antérieure simulaient une opacité siégeant dans cette dernière. Nous étions cependant convaincu du siége exclusif de la cataracte dans la lentille. Nous avons vu maintes fois cet aspect nacré, réticulaire, strié et étoilé de la capsule, dans des cas où la dissection a démontré la parfaite diaphanéité de cette membrane. Dans ces cas nous avons constamment trouvé que cet aspect particulier de la capsule était dû à de petites portions du crystallin collées à la surface concave de la capsule, ou à des adhérences existant entre cette dernière et le crystallin. Cette circonstance mérite une attention particulière, parce que dans ce cas même elle nous a décidé à abaisser de suite et en masse le crystallin avec sa capsule, avant même d'inciser cette dernière. Il est certain que ce procédé n'aurait pas aussi complétement réussi, si le diagnostic n'avait pas été juste.

CATARACTE LENTICULAIRE DURE; RÉCLINAISON PAR KÉRATONYXIS; SUCCÈS COMPLET.

OBS. IV. — Madame M., affectée d'une cataracte lenticulaire dure de l'œil droit, fut opérée le 25 octobre. Je pratiquai l'abaissement par le kératonyxis; l'introduction de l'aiguille fut un peu difficile à cause de l'indocilité de la malade; l'aiguille ayant pénétrée dans la cornée, deux mouvemens de bascule faits

avec l'instrument suffirent pour maintenir le crystallin plongé dans l'humeur vitrée. La pupille parut nette et noire; la malade distingua immédiatement les objets qu'on lui présenta, mais elle croyait les voir tous de couleur blanche. L'opération ne fut suivie d'aucune réaction; la malade quitta la clinique le 3 novembre; la vision était parfaite.

Nous nous abstenons pour le moment de relater plusieurs autres cas de cataracte dure, opérés pendant les trois mois à l'aide de l'abaissement par la cornée, et qui n'ont offert aucun intérêt particulier. La réaction traumatique n'a presque jamais été considérable après l'emploi de ce procédé. Le renversement du cristallin s'opéra aisément dans la grande majorité des cas. Le seul reproche que nous pouvons adresser à cette méthode, et que nous n'adressons pas moins aux autres procédés opératoires, c'est la difficulté qu'on éprouve de diviser suffisamment la capsule et la fréquence d'une cataracte membraneuse et secondaire qui vient quelquefois troubler les résultats heureux de la première opération.

CATARACTE LENTICULAIRE DOUBLE; ABAISSEMENT PAR S LÉROTICONYXIS ET KÉRATONYXIS; CATARACTE SECONDAIRE.

Obs. V. — M. B, âgé de 60 ans, affecté d'une double cataracte lenticulaire à noyau dur, entouré d'une couche corticale presque gélatineuse, est opéré le 11 avril de l'œil gauche. L'iris étant extrêmement rapproché de la cornée, et ne voulant pas compromettre cette première membrane par l'extraction, je me décide à faire l'abaissement; l'œil gauche est opéré par le sclératiconyxis; l'aiguille ayant été introduite par le sclérotique, je réussis à abaisser de suite le noyau du crystallin; mais la substance corticale gélatineuse reste derrière la pupille. J'essaie plusieurs fois de ramener l'aiguille au-dedans de la pupille et de saisir cette substance; mais l'aiguille la traverse comme un liquide, et il est physiquement impossible de l'abaisser; après l'extraction de l'aiguille, le malade reconnaît avec peine plusieurs objets; une saignée de quatre palettes est pratiquée après l'opération; on ordonne des frictions sur le front avec l'extrait de belladone.

Le 13 avril, la pupille est plus noire, et il paraît que la substance gélatineuse commence à se résorber; cependant la vue n'est pas meilleure.

Lorsque le malade quitte la clinique pour la première fois, le 25 avril, il distingue les objets de grande dimension; on reconnaît toujours derrière la pupille les restes du crystallin broyé.

Ils sont résorbés peu à peu; mais à leur place il se forme une opacité grisâtre, comme réticulaire, percée de plusieurs trous, et paraissant être composée de brides qui se croisent en divers sens. Cette opacité a évidemment son siége dans la capsule qui est partiellement déchirée.

L'opération de l'œil droit est faite par le kératonyxis, le 5 octobre. La cataracte de cet œil est également lenticulaire et présente une déhiscence superficielle; la mobilité de l'iris, le siége profond de l'opacité et l'ombre large de l'iris jetée sur cette dernière annoncent un noyau assez dur; la cataracte offre, comme dans l'observation première, le phénomène d'une apparence nacrée de sa surface. Nous avons exposé plus haut les circonstances qui donnent lieu à cet aspect particulier, et nous avons dit alors que dans des cas pareils, les parties molles du crystallin se trouvent collées ou même adhérentes à la capsule. Dans le cas actuel, la crystalloïde antérieure, au moment où je l'incisai avec l'aiguille, se déchira en lambeaux triangulaires, correspondant aux couches déhiscentes du crystallin; le noyau de ce dernier est abaissé avec facilité; la capsule paraît être déchirée d'une manière complète, et l'ouverture large pratiquée dans son centre permet au malade de distinguer différents objets après l'opération.

La réaction est nulle. De même qu'après l'opération de l'œil gauche on découvre dans la pupille de l'œil droit quelques fragmens gélatineux du crystallin qui ne tardent pas à être résorbés,

Le 12 décembre, tous les restes de la cataracte ont disparu de la pupille, et l'on en voit le noyau flotter au fond de l'humeur vitrée. Le malade voit très-bien de cet œil.

Quinze jours après on découvre dans l'ouverture pupillaire une opacité demi-diaphane, partielle, en forme de tissu réticulaire et criblé de trous suffisamment larges pour que le malade puisse se conduire facilement sans lunettes et reconnaître des objets même d'une petite dimension, en se munissant de verres à cataracte.

Nous pouvons regarder le succès dans ce cas comme complet. Cependant l'individu ayant supporté les deux opérations sans qu'il s'en soit suivi de réaction considérable, nous croyons sans danger pouvoir introduire plus tard une aiguille par la sclérotique et éloigner les fragmens de capsule opaque qui obstruent partiellement la pupille de l'œil gauche.

CATARACTE CAPSULO-LENTICULAIRE LIQUIDE ET CONGÉNIALE; BROIEMENT PAR KÉRATONYXIS; RÉTABLISSEMENT DE LA VISION; CATARACTE SECONDAIRE PARTIELLE.

Obs. VI. — Elisa C..., âgée de 8 ans, se présente à la clinique le 20 octobre

1836. Cette jeune fille est affectée de cataracte des deux yeux. Celle de l'œil droit a été remarquée par les parens depuis l'âge de 10 mois.

La cataracte de l'œil droit est d'un blanc laiteux; la capsule antérieure présente un grand nombre de points de blanc de craie et de stries dont la plus remarquable a une forme triangulaire et en occupe la partie inférieure. Le reste de la capsule est transparent, et on aperçoit derrière elle un obscurcissement blanc grisâtre et uniforme, appartenant au crystallin; dans certains momens on y découvre comme une espèce de fluctuation. Le caractère liquide du contenu de la capsule est évident après qu'on a dilaté la pupille à l'aide de l'instillation d'une solution d'extrait de belladone. On distingue alors dans la partie inférieure de l'espace qui sépare la capsule antérieure du crystallin, un dépôt formé par une petite quantité d'un liquide trouble, un peu verdâtre et dont le niveau est légèrement convexe; la petite malade ne distingue de cet œil que le jour de la nuit.

L'œil gauche est le siége d'une cataracte capsulo-lenticulaire commençante

Le broiement par kératonyxis fut fait le 26 octobre sur l'œil droit. Aussitôt que la capsule fut ouverte, un liquide blanchâtre se répandit dans la chambre antérieure et la remplit à deux tiers de sa hauteur. L'aiguille fut retirée quand la capsule parut être suffisamment incisée. La petite malade quitta la clinique huit jours après l'opération, sans qu'il fût survenu aucune réaction L'examen que nous fîmes à son départ, nous offrit une pupille très-nette et noire à sa partie supérieure; la partie inférieure était occupée par les restes opaques de la capsule. La petite fille voyait distinctement tous les objets qu'on lui présenta.

Nous avons revu cette malade le 15 février de cette année. Plusieurs brides de la capsule devenue opaque obstruent une grande partie de la pupille et rendent la vision de cet œil beaucoup moins nette qu'elle n'était une semaine après l'opération. L'opacité de la capsule est bien plus étendue qu'elle ne le fut au moment où la malade sortit de l'établissement. Nous n'attendons que la belle saison pour détourner, à l'aide d'une large aiguille introduite à travers la sclérotique, les restes de la capsule.

Dans les deux cas qui précèdent, la première opération, quoique heureuse quant à son résultat immédiat, n'a pas suffi pour lacérer la capsule de sorte à ne plus intercepter le champ de la pupille plus tard lorsque les fragmens de cette membrane sont devenus opaques par suite de la phlegmasie traumatique. A quoi attribuer cet inconvénient, si fréquent après les opérations de cataracte? Dans le kératonyxis, fait d'après notre méthode et en pénétrant avec l'aiguille dans le milieu de la cornée, il est cependant facile de porter la pointe de l'instrument sur tous les points de la crystalloïde antérieure. Mais malheureusement cette mem-

brane n'offre pas une résistance et une tension telles que les mouvemens de traction de l'instrument réussissent toujours à l'inciser. Souvent, à raison de l'élasticité de son tissu mince, on ne fait que la ponctionner ou la déchirer partiellement. Les manœuvres paraissent surtout rester imparfaites (les observations qui précèdent en fournissent des exemples) dans les cas où à cause du caractère gélatineux ou liquide de la cataracte, la capsule antérieure manque entièrement de la tension nécessaire aux mouvemens destinés à l'inciser dans le sens vertical et horizontal. Il nous a semblé que sous ce rapport le sclérotonyxis avait des avantages sur le kératonyxis; mais ce dernier procédé se recommande par la facilité qu'on a de pouvoir dilater la pupille au plus haut degré par les extraits narcotiques instillés avant l'opération, sans risquer de jeter le crystallin dans la chambre antérieure. On voit mieux l'objet de l'opération, et, la pupille restant longtemps dilatée, on n'en a pas à craindre l'oblitération dans le cas d'iritis traumatique.

Peu de temps auparavant nous avions opéré un enfant atteint de cataracte congéniale capsulo-lenticulaire et double : l'opération faite par le scléroticonyxis eut un succès complet.

CATARACTE CAPSULO-LENTICULAIRE DE L'ŒIL DROIT AVEC ADHÉRENCES DE L'IRIS; LIQUÉFACTION DU CRYSTALLIN; SCLÉROTICONYXIS; RÉSORPTION RAPIDE; SUCCÈS COMPLET.

Obs. VII. — Madame G...., âgée de 65 ans, prétend avoir eu, il y a onze ans, une inflammation à l'œil droit, sans pouvoir dire si la cataracte dont cet œil est affecté, a été une des conséquences de cette maladie.

La partie externe et inférieure de la cornée de l'œil droit est le siége d'une opacité leucomateuse qui ne couvre qu'une petite partie de la pupille. Au bord supérieur de cette cicatrice on distingue un filament délié de pigmentum noir, déposé sur la surface concave de la cornée; l'iris n'adhère pas à cette membrane; cependant la pupille n'est pas tout-à-fait régulière et ronde; le centre de la capsule offre une végétation arrondie, saillante et grande comme une tête d'épingle; le côté interne de la crystalloïde antérieure est couvert d'une plaque assez large de pigmentum; plusieurs points de cette substance se trouvent dispersés sur le reste de la capsule: derrière elle on découvre le crystallin opaque et blanchâtre.

La pupille de l'œil gauche offre une teinte verdâtre.

L'opération de cette cataracte capsulo-lenticulaire compliquée fut faite le 11

octobre 1836. Afin de pouvoir détruire les adhérences de l'iris et de la capsule, et de ne point produire de nouvelle opacité dans la cornée déjà affectée d'une cicatrice et prédisposée à l'inflammation, je pratiquai le sclèroticonyxis; à peine la capsule fut-elle incisée, qu'un liquide blanchâtre s'épancha dans les chambres oculaires et les remplit jusqu'à deux tiers de leur hauteur. Bien que ce liquide trouble dérobât à l'observation les mouvemens de l'instrument, je cherchai à déchirer la capsule dans tous les sens; le fluide trouble s'étant déposé dans le fond des chambres oculaires, la partie supérieure de la pupille devint aussitôt nette et noire.

Le liquide épanché dans les chambres est complétement résorbé le 13 octobre. Les douleurs qui ont surgi le lendemain de l'opération cèdent à l'application de 18 sangsues derrière l'oreille droite.

La malade quitte la clinique le 21 octobre; un fragment de la capsule reste flottant à la partie inférieure de la pupille, vis-à-vis de la taie de la cornée; la partie supérieure de la pupille est restée libre et la malade y voit.

Cette cataracte a été évidemment le résultat d'une inflammation qui a attaqué plusieurs tissus oculaires à la fois. La taie leucomateuse de la cornée a probablement été la suite d'un ulcère pénétrant. La petite parcelle de pigmentum, déposée sur la surface concave de cette membrane, semble provenir d'une adhérence antérieure de l'iris, adhérence qui s'est détachée plus tard par l'effet des contractions pupillaires. Il est rare de rencontrer à un âge aussi avancé des cataractes entièrement ramollies. Peut-être que cette liquéfaction du crystallin ainsi que l'opacité de la capsule dépendirent l'une et l'autre du travail phlegmasique antérieur.

La complication de la cataracte avec adhérences de l'iris d'un côté, et d'une autre part l'altération leucomateuse de la cornée, nous décidèrent à adopter dans ce cas la méthode du sclèroticonyxis. Malgré toutes les difficultés extraordinaires résultant de l'adhérence et des autres complications de la cataracte, ainsi que de l'épanchement de la substance crystallinienne liquifiée dans les chambres, nous n'avons pas omis de lacérer, aussi bien que possible, la capsule opaque, et nos efforts ont été couronnés d'un succès complet.

CATARACTE CAPSULO-LENTICULAIRE, SUITE D'ANCIENNES OPHTHALMIES RHUMATISMALES; ABAISSEMENT PAR KÉRATONYXIS; AMAUROSE.

Obs. VIII. — M. C., âgé de 40 ans, d'une constitution nerveuse et cachectique, face pâle, corps maigre, est sujet depuis nombre d'années à des douleurs rhumatismales vagues et irrégulières dans les membres. Les deux yeux ont été depuis trois ans le siége d'une phlegmasie sourde, accompagnée de quelques signes de congestion cérébrale, qui peu à peu a amené l'abolition totale de la faculté visuelle; les yeux présentent les traces non équivoques de l'inflammation de plusieurs de leurs tissus; l'œil droit a perdu toute perception de lumière; l'iris est altéré dans sa texture; la pupille resserrée et immobile est soudée sur tous les points de sa circonférence avec la fausse membrane qui couvre la crystalloïde antérieure.

L'œil gauche présente une cataracte capsulo-lenticulaire; la partie inférieure et externe de la crystalloïde antérieure est occupée par une large végétation blanchâtre, faisant saillie au-dessus du niveau de la surface capsulaire; le peu de perception lumineuse de cet œil, ainsi que l'amaurose évidente de l'autre, nous fit croire à l'existence d'une complication d'amblyopie amaurotique (goutte sereine commençante). Néanmoins l'opération dut être tentée, comme seule ressource du malade.

L'opération fut pratiquée le 17 octobre, par le kératonyxis. Considérant les difficultés que je pus rencontrer pour éloigner la capsule opaque du champ visuel, je fis la tentative d'abaisser le crystallin et la capsule en masse. Je réussis en effet à renverser la lentille; mais la capsule remonta constamment avec la lance de l'aiguille dont la pointe parut être engagée dans cette membrane. Il fallut plusieurs mouvemens d'abaissement avant qu'elle restât définitivement dans le fond de l'humeur vitrée. Le malade reconnut de grands objets, tels qu'une clé, une montre, immédiatement après l'opération; mais la perception n'était pas aussi facile et distincte que chez d'autres malades au moment de l'opération, quand la pupille est aussi nette et libre qu'elle l'était chez lui.

Respectant la disposition du malade aux affections de nature rhumatismale, je m'abstins d'ordonner les fomentations d'eau froide et je ne fis couvrir l'œil opéré que d'une compresse sèche.

Les jours qui suivirent l'opération, plusieurs saignées furent pratiquées dans le but de juguler l'inflammation qui s'annonça par des douleurs dans l'œil et dans la tête; une de ces saignées fut suivie de contractions convulsives dans les membres. A ces évacuations j'associai l'usage de frictions sur le front, de parties égales d'extrait de belladone et d'onguent napolitain, et à l'intérieur l'emploi de petites doses de teinture de semence de colchique.

La pupille resta nette et noire ; trois jours après l'opération, quand je découvris l'œil, le malade prétendit ne plus y voir. J'en attribuai d'abord la cause au mydriasis produit par la belladone ou au défaut de l'exercice de cet œil qui était resté cataracté depuis trois ans.

La pupille ne tarda pas à revenir à sa contraction naturelle.

Le 24 octobre, toute trace d'inflammation avait disparu. Le malade ne se plaignit d'aucune douleur; le crystallin renversé flottait librement derrière la pupille ; cette dernière resta nette ; on n'y aperçut aucun fragment de capsule opaque ; la cécité offrit tous les caractères d'une amaurose torpide.

Le cas me parut offrir peu d'espoir. Dans l'absence de tout signe de congestion, je cherchai à éveiller la sensibilité de la rétine à l'aide des frictions d'une solution éthérée de strychnine sur le front; un vésicatoire fut appliqué à la nuque. Le traitement fut secondé par un régime nourrissant et par l'emploi à l'intérieur d'une forte décoction de quinquina. Ces moyens, loin d'améliorer l'état du malade, ne furent pas supportés. Les changemens constans dans l'atmosphère, pendant le mois de novembre 1836, saison en général singulièrement pernicieuse cette année pour les malades qui avaient subi des opérations à l'œil, étendirent bientôt leur influence sur le malade. Les douleurs sus-orbitaires se réveillèrent de nouveau; la conjonctive et la sclérotique devinrent le siége d'une injection, dont le caractère variqueux, joint au cercle veineux autour de la cornée, révéla la nature rhumatismo-arthritique.

Le traitement tonique et stimulant fit place à la médication antiphlogistique modérée ; cette dernière fit cesser peu à peu la phlogose sans changer en rien la cécité dans laquelle le malade est resté plongé.

C'est la troisième fois en quatre à cinq mois de temps que nous avons vu des amauroses incomplètes compliquées de cataracte devenir rapidement totales après l'opération de cette dernière maladie. Notre expérience en général nous force à croire que la guérison d'amauroses par l'opération de la cataracte est un de ces faits isolés et extrêmement rares, que les auteurs ont multipliés en se copiant les uns les autres.

Nous n'avons donné ici qu'un nombre très-limité d'observations de cataractes opérées, nous réservant pour une autre occasion et un espace moins borné, des recherches plus détaillées et des relations de cas plus nombreux.

V. QUATRIÈME SÉRIE DES PRINCIPAUX FAITS CLINIQUES.

Pupilles artificielles.

Pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, les médecins et

les élèves qui fréquentent notre clinique ont assisté à quatre opérations de pupille artificielle, dont deux faites sur le même individu. Le résultat immédiat de l'opération fut constamment heureux. Chez un de ces opérés l'œil, sur lequel nous formâmes la pupille, fut dans les conditions nécessaires pour jouir du succès de l'acte opératoire. Chez les deux autres malades, des altérations dans les tissus oculaires, indépendantes de l'atrésie de la pupille, rendirent infructueux les efforts que nous fîmes pour rétablir la vision.

ATRÉSIE DE LA PUPILLE DES DEUX YEUX ; CATARACTE CAPSULAIRE ; IRIDECTOMIE FAITE SUR L'OEIL DROIT AVEC SUCCÈS ; CATARACTE SECONDAIRE ; IRIDECTOMIE ET EXTRACTION DU CRYSTALLIN DE L'OEIL GAUCHE D'APRÈS LA MÉTHODE DE WENZEL ; RÉUSSITE DE L'OPÉRATION.

Obs. I. — Joseph P..., âgé de 35 ans, a eu une maladie vénérienne, il y a deux ans. Affecté d'une inflammation des yeux à la suite d'un refroidissement, le malade est frappé de cécité complète, produite par les altérations suivantes. La structure fibrillaire de l'iris des deux yeux est effacée ; cette membrane est tellement bombée en avant qu'il n'existe point de chambre antérieure ; ses rayons sont fortement tendus et écartés dans plusieurs endroits de manière à laisser paraître dans les interstices de petites plaques grisâtres de matière plastique, exsudée à la surface postérieure de l'iris ; pupille des deux yeux resserrée, irrégulière, à bord échancré et complètement obstruée par de la matière concrescible, déposée sur la crystalloïde antérieure ; le malade distingue à peine le jour ; les photopsies qui ont accompagné le début de la maladie ont été suivies d'un réseau épais qui, selon le dire du malade, s'interpose entre ses yeux et le jour.

Après un traitement préparatoire, nous procédâmes, le 13 septembre, à l'opération de l'œil droit ; l'incision de la cornée fut faite sur son côté externe à une ligne de son bord avec le couteau lancéolaire de Jæger. A cause de l'étroitesse de la chambre antérieure et pour ne point blesser l'iris, il fallut fortement incliner l'instrument vers la tempe, dès que sa pointe eût pénétré la cornée. Le crochet de Beer, introduit dans cette ouverture, accrocha facilement la capsule, qui se déchira au moindre effort de traction exercée sur elle. En introduisant les pinces courbes de Jæger derrière la cornée, nous ne réussîmes qu'après plusieurs essais et en pressant légèrement sur la partie externe de cette membrane avec les branches de l'instrument, à rendre saillante une portion de l'iris et à l'attirer hors de la plaie, où elle fut excisée. La capsule et le crystallin furent lacérés ensuite, et abandonnés à la résorption. Au moindre effort pour arracher la capsule dont les flocons flottaient sur le bord pupillaire, le tissu ramolli de l'iris menaça de se déchirer, de sorte que nous fûmes obligés de renoncer à ces tentatives. Toute la par-

tie du bord pupillaire, d'où la capsule avait été détachée, se couvrit immédiatement d'une strie de sang épanché; quelques gouttelettes de sang découlèrent dans le fond de la chambre antérieure. La nouvelle pupille fut belle, ovalaire et presque centrale. Le malade, après l'opération, ne voyait pas plus distinctement qu'avant les tentatives que nous fîmes pour lui rendre la vue.

Malgré quatre saignées pratiquées dans l'intervalle de quelques jours, malgré l'application reitérée de sangsues, l'emploi continuel de fomentations d'eau froide sur l'œil, des frictions mercurielles et belladonisées, des purgatifs, etc., le succès de cette opération fut nul; une inflammation sourde de la sclérotique et des tissus intéressés dans la lésion s'en suivit; le crystallin opaque, n'étant point absorbé, remplissait le champ de la nouvelle pupille; la plaie de la cornée suppura, et un peu de sang resta longtemps épanché dans le tissu de ses bords.

La difficulté que nous avions rencontrée dans cette première opération à introduire le kératotome entre la cornée et l'iris, sans blesser ce dernier, et la certitude que nous avions acquise que la cataracte, abandonnée derrière la nouvelle pupille, ne se résorberait point et continuerait de mettre obstacle à la vision, nous portèrent à adopter pour l'opération de l'œil gauche un procédé différent du premier. Nous nous décidâmes à réunir l'extraction de la cataracte à l'excision d'une portion de l'iris (iridectomie), par la méthode connue sous le nom de procédé de Wenzel. Cette opération fut faite le 11 octobre. La cornée fut incisée obliquement de dehors en dedans et de haut en bas, à l'aide d'un kératotome de Beer; dans cette incision fut compris l'iris de manière à ce que dans le même temps nous taillâmes un lambeau de la cornée et de l'iris. Ayant incisé ainsi la portion de cette dernière membrane qui bordait la partie inférieure de la pupille, nous réussimes à l'enlever entièrement à l'aide de pinces glissés sous le lambeau de la cornée. La capsule fut ouverte avec l'aiguille à cataracte, et une pression douce sur la moitié inférieure du globe de l'œil parvint à faire sortir lentement le crystallin jaune et transparent à travers la plaie cornéale. Il n'y eut, pendant toute l'opération, presque point d'extravasation de sang. La pupille était presque ronde, très-grande et exactement située au centre de l'iris. Le malade distinguait après l'opération les doigts qu'on lui montrait, et les couleurs.

Une saignée fut pratiquée immédiatement après que le malade fut couché; une autre le soir. Nous évitâmes l'emploi de la belladone et des mercuriaux, pour ne pas empêcher la prompte cicatrisation de la plaie de la cornée; l'inflammation de l'œil gauche fut beaucoup moindre que celle de l'œil droit, grâce aux saignées répétée pendant les premiers quatre jours après l'opération. Malgré la grandeur de la pupille et le peu de phlegmasie traumatique la vision diminua au lieu de faire des progrès. Nous acquîmes bientôt la triste conviction que l'affection qui avait donné lieu à l'obstruction de la pupille et aux exsudations plastiques sur la capsule n'avait pas manqué d'étendre ses ravages sur la rétine.

Le malade quitta la clinique le 21 novembre, sans jouir d'une meilleure vue que lors de son entrée. La nouvelle pupille de l'œil gauche fut nette. Plus tard, il se développa sur les bords de la pupille une opacité frangée et irrégulière, occasionnée par les fragmens de la capsule devenus opaques.

PERTE DES DEUX YEUX PAR L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE; FORMATION D'UNE PUPILLE ARTIFICIELLE PAR IRIDECTOMIE DANS LES CIRCONSTANCES LES PLUS DÉFAVORABLES.

Obs. II. — M. D, âgé de 40 ans, d'une habitude cachectique et lymphatique, perdit les deux yeux par l'effet d'une ophthalmie blennorrhagique. Lorsque nous le vîmes pour la première fois, nous trouvâmes l'œil gauche atrophié, et la cornée de l'œil droit couverte d'une large cicatrice centrale avec adhérence de l'iris. Un leucôme épais occupait la presque totalité du miroir de l'œil; une petite portion de la cornée, large d'une ligne, et située à la partie externe de la membrane, restait seule transparente. La paupière inférieure de cet œil était le siége d'un ectropion sarcomateux partiel et la conjonctive se trouvait continuellement dans un état d'irritation catarrhale, contre laquelle on avait vainement dirigé depuis longtemps les moyens nécessaires en pareil cas.

Dans des circonstances aussi défavorables, il ne nous fut guère permis d'espérer que l'opération serait suivie d'un résultat heureux. Nous nous y décidâmes cependant, convaincus que nous étions que le malade, complétement aveugle, ne pouvait rien y perdre par l'opération, et gagner beaucoup dans le cas de succès. Elle eut lieu le 28 octobre 1836; considéré, comme acte opératoire, elle réussit parfaitement. Une incision longue de deux lignes fut pratiquée à l'aide du couteau lancéolaire de Jæger, sur le bord externe de la cornée dans la ligne de jonction même de celle-ci avec la sclérotique; quoique l'iris fût tellement appliqué contre la cornée, qu'il n'existait point de chambre antérieure, nous réussîmes à glisser la pointe du couteau entre l'iris et la cornée sans blesser la première de ces membranes. Les vaisseaux dilatés de la conjonctive laissèrent écouler une petite quantité de sang pendant le temps de l'opération. A l'aide de pinces introduites dans la plaie de la cornée, une portion de l'iris fut saisie, tirée hors de l'ouverture et excisée avec de petits ciseaux courbes; la portion excisée de l'iris, ainsi que la nouvelle pupille, visible derrière la petite partie transparente de la cornée furent assez larges.

2 novembre. Malgré le traitement antiphlogistique et les plus grands soins, on n'a pu empêcher l'obscursissement de la portion diaphane de la cornée, causé par un épanchement de matière plastique. La plaie est couverte d'une matière jaunâtre.

21 novembre. A l'aide d'instillations de laudanum entre les paupières, on est

parvenu à éclaircir en partie l'opacité de la cornée; on voit derrière elle la nouvelle pupille; le malade distingue le jour et la main qui passe devant l'œil; il compte même les doigts qu'on lui présente et reconnaît quelques gros objets; mais il est inhabile à se conduire.

Son état est resté stationnaire depuis cette époque.

CICATRICES DE LA CORNÉE ET ADHÉRENCES DE L'IRIS; PRESQU'OBLITÉRATION DE LA PUPILLE; IRIDECTOMIE; SUCCÈS COMPLET.

OBS. III.— Louis B., garçon boulanger, âgé de 28 ans, vient se présenter à la clinique le 12 décembre 1836. La cornée de l'œil droit est le siége de trois cicatrices leucomateuses La pupille formant un ovale couché, est tiraillée du côté de cette dernière opacité; l'iris adhère en outre au leucôme supérieur de la cornée; la vision de cet œil est assez nette. A l'œil gauche, cicatrice leucomateuse, vasculaire et centrale de la cornée; adhérence étendue de l'iris; il ne reste de la pupille qu'une petite fente perpendiculaire, à travers laquelle le malade a de la peine à distinguer les contours des objets d'une grande dimension. Ces différentes altérations sont les suites d'une ophthalmie, probablement de nature scrophuleuse, dont le malade a été affecté à l'âge de 7 ans.

Malgré les assurances du malade sur l'imperfection de sa vue, nous hésitâmes d'accéder au désir qu'il manifestait d'être opéré de l'œil gauche D'abord il voyait assez bien de l'œil droit, et nous craignîmes en effet de lui rendre peu de service en formant sur un œil occupé par un leucôme une pupille excentrique, qui pouvait occasionner une discordance des axes visuels, très-gênante pour la netteté de la vision. Pressé par le malade, nous pratiquâmes cependant, le 12 décembre 1836, l'iridectomie sur l'œil gauche.

L'incision de la cornée, sur son bord externe, se fit avec beaucoup de difficulté à cause de l'indocilité et de l'agitation du malade. Les pinces droites introduites entre les lèvres de la plaie, une portion de l'iris s'engagea dans les branches ouvertes de cet instrument, dont la partie externe pressa légèrement sur la sclérotique. En retirant les pinces et en excisant le lambeau de l'iris qu'elles avaient saisi, on obtint une pupille très-large et triangulaire, dans l'ouverture de laquelle fut comprise la petite fente qui était restée de la pupille naturelle; le bord inférieur de la plaie iridienne saigna un peu. Cependant le malade distingua immédiatement après l'opération tous les objets qu'on lui présenta. On avait tout lieu de craindre, à cause des mouvemens de l'œil pendant que les pinces se trouvaient dans la chambre antérieure, que la capsule n'eut éprouvé quelque lésion. Il n'en fut rien; par mesure de précaution, on pratiqua deux saignées du bras dans les premiers jours après l'opération. Il ne se déclara pas le moindre symptôme de réaction traumatique; la pupille conserva sa forme et resta parfaitement noire.

Le malade distingua nettement les objets de près et de loin et sans les voir doubles; il quitta la clinique le 30 décembre. Nous l'avons plusieurs fois revu depuis. Sa vue fait de jour en jour des progrès; il reconnaît les caractères d'un livre, sans avoir besoin de se servir de lunettes.

La différence des résultats dans les trois cas précédens prouve bien évidemment que le plus ou moins de certitude du succès de l'opération de la pupille artificielle dépend moins de l'acte opératoire même et de la lésion directe occasionnée par celui-ci, que de l'état sain ou morbide antérieur des divers tissus de l'œil qu'on opère. Malheureusement, dans la majorité des cas de corémorphose, il ne s'agit pas simplement de l'éloignement d'un obstacle mécanique, qui empêche la vision; le plus souvent les instrumens ont affaire à des tissus pathologiquement modifiés, ramollis ou épaissis, et disposés à s'affecter de nouveau par la moindre cause. A part les difficultés qu'un pareil état des membranes oculaires ajoute à l'opération même, il en détruit encore presque toujours les résultats immédiats. Le travail pathologique, à peine apaisé, se réveille de nouveau et produit des altérations analogues à celles auxquelles on avait cherché à apporter remède par l'opération. Il est souvent impossible de déterminer avant l'opération si l'action morbide, qui a donné lieu à l'oblitération de la pupille ou à l'opacité de la cornée, s'est circonscrite aux membranes de l'hémisphère antérieur de l'œil, ou si les tissus profonds sont intéressés en même temps dans les lésions, dont l'iris et la cornée sont le siége.

VI. CINQUIÈME SÉRIE.

Maladies mixtes.

Les développemens dans lesquelles nous sommes entré dans ce rapport ne nous permettent plus de nous étendre encore sur plusieurs autres affections intéressantes de l'œil et de ses dépendances qui se sont présentées à la clinique pendant le dernier trimestre de l'année 1836. Nous devons nous contenter pour le moment de les indiquer sommairement en réservant les histoires détaillées de ces cas pour une autre occasion.

Le *chalazion* a été une affection fréquente. Nous avons démontré maintes fois à ceux qui assistaient à nos leçons, que cette tumeur, due à l'inflammation chronique des follicules de Meibomius, était constamment située dans l'épaisseur même du tarse. Nous avons toujours réussi à le guérir en incisant la tumeur, soit du côté de la peau, soit du côté de la conjonctive palpébrale, en exprimant avec les doigts ou en extrayant avec des pinces la matière grenue ou caséeuse que contient la tumeur, puis en cautérisant les parois de celle-ci avec un crayon pointu de nitrate d'argent. Les tentatives faites pour résoudre le chalazion à l'aide des émolliens, des frictions mercurielles ou iodurées, n'ont pas compté un seul succès pendant ce trimestre. Il est une remarque statistique curieuse que nous avons été à même de faire sous le rapport du chalazion; c'est que sur dix cas de cette affection huit se sont trouvés du côté droit Nous sommes loin de regarder cette proportion comme fixe avant que l'observation ultérieure ne soit venue en confirmer la justesse.

La *chute atonique de la paupière* supérieure (atoniatonblépharon) a été guérie deux fois. Chez un enfant de deux ans, où le ptosis survint subitement et sans cause apparente, l'usage de fomentations alumineuses (un demi-gros d'alun sur deux onces d'eau) a suffi pour rendre aux paupières le ton et la contractilité nécessaires. Il a fallu enlever au contraire un pli de la peau de la paupière supérieure chez une demoiselle de 24 ans, qui fut traitée vainement pour cette affection depuis plusieurs mois par les astringens, les vésicatoires, etc. Le résultat de l'opération fut complétement satisfaisant.

Un individu offrant l'affection curieuse connue sous le nom de *xerosis conjunctivæ* (concuticatiou de la conjonctive), vient se présenter de temps à autre à nos consultations. Le cas est semblable à celui décrit par M. Cade (Gazette médicale, année 1836). Chez un enfant affecté de lagophthalmos et de renversement de la paupière supérieure en dedans avec trichiasis, l'irritation permanente de la surface oculaire par les cils et le bord palpébral a également produit cette altération qui donne à la conjonctive l'aspect d'un tissu coriace et desséché. Chez un autre malade affecté d'un ptérygion épais et tendineux de l'œil droit avec conjonctivite chronique, plusieurs brides membraneuses s'étendent

de la surface conjonctivale de la paupière inférieure à la surface sclérotícale du globe, et produisent ainsi une espèce de symblépharon partiel. Nous considérons cet état comme un commencement de xérosis. Nous reviendrons sur ces différens cas dans un mémoire spécial sur le xérosis et ses variétés.

Nous ne pouvons pas insister non plus ici sur deux cas d'*exophthalmos*, dont l'un existant du côté droit, est probablement dû à l'inflammation du périoste et à des altérations graves de la paroi osseuse de l'orbite. L'œil est considérablement chassé en avant et en bas. La malade est encore en traitement. Dans un second cas observé chez une femme de la campagne, l'œil est chassé directement en avant. Rien ne nous indique la nature de l'affection qui produit le déplacement du globe. Des phénomènes de congestion cérébro-oculaire sont les seuls indices que nous pouvons découvrir. Chez la première de ces malades la vision de l'œil déplacé commence à s'affecter; elle n'a rien perdu de son intégrité chez la seconde.

Dans un troisième cas d'exophthalmos observé en ville, le déplacement du globe de l'œil droit avait été produit par un érysipèle de la face qui, après en avoir envahi successivement les deux côtés, s'était fixé dans le tissu cellulaire de l'orbite droite. Lorsque nous vîmes la malade, la peau de la figure était en desquamation. La paupière supérieure de l'œil droit présentait une tumeur bosselée, inégale, molle et fluctuante; l'œil chassé en bas et en avant, était complétement amaurotique sans offrir aucune altération visible des membranes ou des humeurs; une lancette plongée profondément dans la tumeur qui soulevait la paupière supérieure, donna issue à une grande quantité de pus mêlé à du sang. Nous n'avons rien appris sur la marche ultérieure de cette affection.

A cette observation d'exophthalmos produit par la suppuration du tissu cellulaire intra-orbitaire et consécutif à un érysipèle de la face, vient se joindre tout naturellement un cas d'*exophthalmie*, observée sur une femme âgée de 45 ans, et également survenue dans le cours d'une affection érysipélateuse. Lorsque la malade vint à la clinique (le 28 novembre), le teint cachectique et pâle, les traits grippés de la figure de la malade et l'impossibilité de se soutenir sur les jambes, an-

nonceient la gravité de l'affection. Nous trouvâmes une tuméfaction énorme des paupières de l'œil droit; ces voiles étaient forcement écartés et entre-ouverts par des bourrelets rouges de conjonctive, qui faisaient saillie dans leur fente; le globe oculaire était considérablement chassé en avant. L'iris était en même temps décoloré; du sang épanché dans son petit cercle; derrière la pupille on découvrait une opacité concave et verdâtre. La malade était en proie à des douleurs atroces dans l'œil et dans la tête. Ces symptômes étaient accompagnés de frissons, de faiblesse et d'accélération dans le pouls, de soif, d'anorexie, etc. Vu la gravité de l'affection locale et sa nature inflammatoire, nous ne nous laissâmes pas intimider par l'anémie et la faiblesse apparentes de la malade. Elle fut soumise pendant quinze jours à un traitement rigoureusement antiphlogistique, consistant dans l'application réitérée de sangsues au-devant de l'oreille, dans l'administration à l'intérieur de calomélas avec l'opium, dans les frictions mercurielles sur le front. A l'aide de ce traitement, nous parvînmes à calmer les douleurs; le désenflement des paupières et de la conjonctive eut lieu; le globe oculaire reprenait peu à peu sa position naturelle; l'iris n'offrait déjà, le 1er décembre, presque plus de décoloration; mais la pupille restait irrégulière; à la partie supérieure de la capsule, on découvrait quelques petites plaques brunâtres, formées soit par du pigmentum ou par du sang. Le fond de l'œil conservait, après la guérison complète de l'exophthalmie (23 décembre) une opacité profondément située derrière la pupille, d'un jaune d'orange, concave, luisante et sillonnée de vaisseaux rouges. La vision de cet œil restait nulle. Cette opacité fut-elle produite par un épanchement de matière plastique, de pus, à la surface concave de la rétine? Etait-ce le commencement d'une végétation pseudo-plastique de cette membrane? Nous aurons soin de ne pas perdre de vue cette malade; peut-être l'avenir nous éclairera-t-il sur ces points encore obscurs dans son histoire.

L'opacité concave, jaune, luisante, située dans la profondeur de l'œil et semblant siéger dans la rétine, opacité dont nous venons de rapporter un exemple, a été décrite par les ophthalmologistes allemands et anglais, sous le nom d'*œil de chat amaurotique*. Dans un grand nombre de cas, cette apparence est le premier symptôme visible

de la dégénérescence encéphaloïde de la rétine. D'autres fois l'épanchement de matière concrescible entre la rétine et l'hyaloïde, ou entre la rétine et la choroïde paraît produire ce phénomène, sans que l'exsudation pathologique devienne le siége d'un travail pseudo-plastique.

Pendant le dernier trimestre de l'année 1836, nous avons observé plusieurs cas d'opacité métallique de la rétine, dont il est impossible de prédire la marche ultérieure. Dans un de ces cas, observé chez un serrurier, l'altération rétinienne survint à la suite d'une lésion traumatique, occasionnée par un éclat de fer qui affecta la partie interne de la sclérotique de l'œil gauche, à quelques lignes de distance de la circonférence cornéale. Quatre semaines après l'accident, tout signe d'ophthalmie externe avait disparu, et la seule trace qui restât de la lésion était le reflet jaunâtre et luisant du fond de l'œil, accompagné de cécité complète de cet organe. La détonation d'une capsule ayant frappé la région sus-orbitaire gauche, fut la cause d'un état analogue chez un jeune garçon, âgé de 14 ans. Deux mois s'étaient passés depuis l'accident, quand nous vîmes le malade. L'œil gauche était ramolli et prêt à s'atrophier; la sclérotique était peu injectée; dans le fond de l'œil on découvrait un reflet chatoyant, rouge jaunâtre et assez semblable à du sang épanché à la surface concave de la rétine.

Un troisième exemple de l'opacité métallique du fond de l'œil fut observé chez un enfant de constitution lymphatique, âgé de 2 ans. Dans ce dernier cas il est plus que probable que l'altération de la rétine indique l'imminente dégénérescence en fongus médullaire, affection plus fréquente chez les enfans que chez les adultes. Chez l'enfant, dont nous parlons, l'œil gauche, après avoir présenté le même phénomène du reflet chatoyant de la rétine, s'était heureusement atrophié. L'œil droit, au contraire, affecté en second lieu, avait augmenté de volume; la sclérotique était d'un bleu foncé, ce qui dépendait probablement de l'amincissement de son tissu et de l'altération de la choroïde sous-jacente; la chambre antérieure était effacée; l'iris, considérablement rétracté vers le corps ciliaire, touchait à la surface concave de la cornée; et profondément derrière la pupille on aperçoit cette opacité jaunâtre, vacillante, concave, qui ressemble assez bien au reflet rejeté par une plaque concave d'or ou de cuivre.

Plusieurs cas de staphylôme de la cornée et de staphylôme de l'iris se sont présentés pendant les trois mois compris dans ce rapport. Deux staphylômes de la cornée, ainsi que deux staphylômes de l'iris, ont été opérés avec succès, d'après la méthode modifiée de Beer. Il serait trop long de rapporter en détail ces observations intéressantes et les considérations qui s'y rattachent. En parlant de l'ophthalmie blennorrhagique, nous avons annoncé un fait de destruction complète de la cornée et de dénudation de l'iris par l'effet de cette inflammation purulente. Le sujet de cette observation était un maçon qui ne vint nous consulter que lorsque la période aiguë de l'inflammation fut déjà passée et avait produit des lésions graves de l'œil gauche. La cornée était complétement détruite; l'iris, laissé à découvert, faisait saillie à travers la plaie large, bordée par la sclérotique, en forme de champignon ou de bourrelet brunâtre, au centre duquel l'ouverture pupillaire permettait d'apercevoir à travers le crystallin transparent le fond noir de la choroïde. Afin de prévenir la dégénérescence staphylomateuse de l'iris, on cautérisa, à plusieurs reprises, la surface nue de cette membrane avec le nitrate d'argent; l'iris et la capsule ne tardèrent pas à se revêtir d'une fausse membrane, qui, plus tard, forma une cicatrice solide, bleuâtre, striée et luisante. Ce traitement, outre qu'il empêcha le développement d'un staphylôme, s'opposa encore à l'expulsion du crystallin et conserva ainsi à l'œil une forme presque sphérique et peu aplatie.

Nous sommes forcé de passer sous silence la plupart des *affections des voies lacrymales*, observées pendant le dernier trimestre 1836. Parmi elles se distinguent surtout deux cas de fistule lacrymale, l'un produit par une canule d'argent introduite dans le canal nasal, il y a un an, par un célèbre chirurgien, chez une petite fille, âgée de 9 ans; et l'autre dû à une affection du sinus maxillaire du côté droit.

Obs. I.—Dans le premier de ces cas, la canule était non-seulement remontée jusqu'à l'extrémité du sac lacrymal, mais elle semblait même avoir perforé l'os unguis Il fallut des efforts considérables et plusieurs séances avant de réussir à retirer le tube métallique. Les instrumens inventés à cet effet ne nous servirent à rien et nous fûmes obligé de saisir la canule à l'aide de fortes pinces pour l'extraire

Ce fait, joint à beaucoup d'autres, nous a prouvé de nouveau l'inutilité et même le mal-à-propos de l'emploi de la canule dans les inflammations chroniques, les blennorrhées et les rétrécissemens des organes lacrymaux excréteurs, surtout chez des enfans ou des individus de jeune âge. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer en plus de détails sur ce sujet, sur lequel nous avons seulement voulu appeler l'attention à l'occasion de l'observation qui précède.

Obs. II. — Le sujet de la seconde observation est une femme, âgée de 25 ans, d'habitude lymphatique et affectée depuis huit mois de maux de dents avec gonflement des gencives et de la joue du côté droit. Quand elle se présente à la clinique (le 16 septembre), nous trouvons un gonflement considérable de la joue droite; le nez est déplacé vers le côté gauche; la région du sac lacrymal est le siége d'une tumeur fistuleuse, d'où s'écoule de temps à autre un liquide purulent; la narine droite est rétrécie; la paroi antérieure du sinus maxillaire droit distendue est sensible à la pression; cette dernière fait sentir une crépitation analogue à celle qu'on sent en comprimant entre les doigts un feuillet mince de parchemin. Quinze jours après ce premier examen, la crépitation de la paroi antérieure du sinus est devenue plus évidente encore; l'apophyse alvéolaire de ce côté est plus saillante. A la suite d'une ponction exploratrice, faite à l'aide d'une lancette plongée dans le sinus entre la lèvre supérieure et le bord alvéolaire dans la région de la première dent molaire, il s'écoule de sa cavité une petite quantité de pus mêlé de sang. Les mouvemens d'un stylet introduit dans l'ouverture sont gênés. Nous nous décidons alors à enlever une portion de la paroi antérieure du sinus, afin de donner issue à une collection de pus s'il en existe dans sa cavité, ou bien de nous ouvrir une voie par laquelle nous puissions extraire une masse polypeuse ou extirper une excroissance fongueuse, si telle est la cause de la distension du sinus. L'opération est pratiquée le 12 octobre 1836. Après avoir détaché avec un bistouri convexe les parties molles de la joue jusqu'à une certaine hauteur de l'os maxillaire supérieur, nous enlevons, à l'aide d'une serpette, dont M. Velpeau nous avait recommandé l'usage, et de fortes pinces, toute la partie amincie de sa paroi antérieure; une grande quantité de sanie fétide s'écoule immédiatement par cette ouverture; le sinus a acquis le double de son volume ordinaire; il ne contient aucune fongosité; la muqueuse est ramollie.

L'ouverture est maintenue accessible aux injections d'abord d'eau simple et plus tard d'eau chlorurée, répétées de deux en deux heures. Sous ce traitement simple la tumeur de la joue a diminué sensiblement; la tumeur lacrymale a entièrement disparu; la narine droite est redevenue libre, et la paroi antérieure de l'os maxillaire présente aujourd'hui une dureté d'ivoire.

La malade, quoiqu'en voie de guérison, reste encore en observation.

Nous terminons là notre revue clinique. Nous aurions pu l'étendre beaucoup, si nous n'avions préféré attendre le jugement du public, à l'égard de cette manière de lui présenter les faits. Si ce premier travail est favorablement accueilli, nous continuerons à rassembler dans les prochains rapports de notre dispensaire, riche en malades, le plus grand nombre possible de données capables de contribuer aux progrès de la pathologie et de la thérapeutique oculaires.

Sichel.

Imprimerie d'Adolphe EVÉRAT et Cᵉ, rue du Cadran, nº 16.

Beauchaine sur l'organisation de l'œil
Bourgeat s'hitaire — Desportaires.
Mirault cornée transparente.
Cadet opathalmie hydriatique.
Jullard opht. Blennorhagique
Capron vitré hyphtalmique.
Bauer fongus medullaire œil
Sichel, cure brunissement.

AUX MANES

DE MA MÈRE.

Regrets éternels ! ! !

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

A MES ONCLES

LELIÈVRE ET A. CAPRON.

A tous attachement sans bornes et reconnaissance éternelle.

C.-C.-A. CAPRON.

A M. ÉVRARD DE SAINT-JEAN,

Chef de division au Ministère de la Guerre; Sous-Intendant militaire; Officier de la Légion-d'Honneur et de plusieurs Ordres, etc.

Hommage respectueux d'une profonde gratitude.

A M. DESRUELLES,

Chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Rennes.

A MONSIEUR LE DOCTEUR

CARRON DU VILLARDS,

Membre de l'Académie des Sciences de Turin.

SON ÉLÈVE RECONNAISSANT,

C.-C.-A. CAPRON.

#:9357